

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

LUCILENE GAMA PAES

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

**FLORIANÓPOLIS
2019**

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Paes, Lucilene Gama
Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde /
Lucilene Gama Paes ; orientadora, Ana Lúcia
Schaefer Ferreira de Mello, 2019.
194 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2019.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde.. 3.
Redes de Atenção à Saúde. . 4. Gestão do Cuidado.. 5.
Teoria Fundamentada nos Dados.. I. Mello, Ana Lúcia
Schaefer Ferreira de . II. Universidade Federal de
Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. III. Título.

Lucilene Gama Paes

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

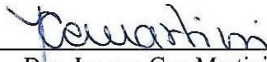
Florianópolis
2019

Lucilene Gama Paes

GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Esta TESE foi julgada adequada para obtenção do Título de “**DOUTOR EM ENFERMAGEM**” e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia e cuidado em saúde e enfermagem.

Florianópolis, 28 de fevereiro de 2019

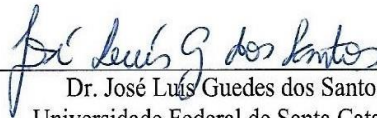


Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:



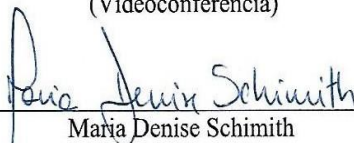
Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Orientadora
Universidade Federal de Santa Catarina



Dr. José Luis Guedes dos Santos
Universidade Federal de Santa Catarina



Dra. Maria do Céu A.B. de Figueiredo
Escola Superior de Enfermagem do Porto
(Vídeoconferência)



Maria Denise Schimith
Universidade Federal de Santa Maria

Prof. Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do programa de
Pós-graduação em Enfermagem/UFSC
Portaria nº 886/2017/GR

AGRADECIMENTOS

Hoje encerro mais uma importante etapa da minha vida, que se iniciou ainda em 2004, quando decidi, tornar-me Enfermeira, e a seguir ingressei no Curso de Enfermagem da Universidade de Santa Maria, de lá para cá, cresci e amadureci tanto pessoalmente quanto profissionalmente.

Muitas pessoas cruzaram o meu caminho nesse período e ajudaram-me a constituir-me a pessoa que hoje sou. Por isso, agradecer é importante, e eu tenho tanto a agradecer!

Agradeço a minha orientadora Ana Lúcia, pelo respeito e carinho que sempre me dedicou, pela amizade e compreensão nos momentos de inquietude, pelos ensinamentos e principalmente por me permitir simplesmente “ser” e “existir” com autenticidade, neste mundo acadêmico. Sei que ganhei uma amiga para a vida, obrigada!

Aos Membros da Banca Examinadora, dedico todo o meu respeito, admiração e carinho, mas não posso deixar de falar da importância de cada um em minha vida

Professor Dr. José Luís, gosto de chamar-te assim e sinto-me orgulhosa do caminho que trilhaste, sei das dificuldades que enfrestaste e as conquistas diárias que alcança. Fico imensamente feliz por ter-te neste espaço, nesta função, como um mestre e guia acadêmico. Obrigada pela amizade de mais de 10 anos, obrigada pelo apoio e incentivo, obrigada por contribuir com o crescimento e fortalecimento da enfermagem.

Professora Dra. Maria Denise, és uma das principais responsáveis pela minha paixão pela Atenção Primária em Saúde, foste tu que me apresentaste as diversas possibilidades para enfermagem, quando eu ainda era acadêmica, tua sensibilidade sempre me cativou. Lembro-me da minha tristeza em não poder ter-te como orientadora no mestrado, por isso, não poderia deixar passar essa oportunidade, obrigada por aceitar viver mais esse momento comigo. Sigo te admirando profundamente.

Professora Dra. Maria do Céu, tua calma e receptividade portuguesa, me auxiliaram no período em que estive em Portugal, mas além das contribuições acadêmicas, posso dizer que me permitiste

avaliar a minha forma de vida e considerar novas formas de existir, viver e relacionar-me. Obrigada por vivenciar esse momento comigo.

Agradeço a Professora Dra. Marli e Dra. Fernanda, pelas contribuições para o enriquecimento deste trabalho.

Agradeço a todos os meus professores que colaboraram no meu processo formativo, tanto intelectual, quanto pessoal. Vocês são heróis que lutam diariamente para garantir uma boa educação, apesar de todas as dificuldades e entraves que infelizmente vivenciamos nesse âmbito. Tenho orgulho de ter tido toda a minha formação em instituições públicas, e isso me faz ser responsável por sempre lutar para uma educação digna, de qualidade e gratuita.

Aos professores do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC, pelas inúmeras oportunidades de crescimento acadêmico e profissional, durante o período do Curso de Doutorado e aos professores do Departamento de Enfermagem da UFSM, pela contribuição à minha formação acadêmica e profissional, durante o período do Curso de Graduação. Meu muito obrigada!

Dessa forma, também agradeço à Universidade Federal de Santa Maria e à Universidade Federal de Santa Catarina, por me possibilitar aprender e crescer como pesquisadora, mas principalmente por motivar seus alunos a novas experiências e apoiá-los enquanto instituição.

Agradeço a CAPES, pelo financiamento concedido através do Programa de Doutorado-sanduíche no exterior, que possibilitou-me vivenciar novas experiências acadêmicas e também efetivar essa pesquisa.

Agradeço a Escola Superior de Enfermagem do Porto que tão bem me acolheu, abrindo suas portas para que eu pudesse aprender mais e crescer como pesquisadora.

Agradeço a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis pela autorização para realização do estudo.

Agradeço ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES), por ser um espaço de crescimento acadêmico e pessoal.

Agradeço aos meus colegas de trabalho, em especial a equipe 333 do Centro de Saúde do Saco Grande e toda a equipe do Centro de Saúde Monte Serrat. O apoio de todos vocês, me possibilitou a concretização deste trabalho. Finalizar um Doutorado, trabalhando 40h/semanais, só é possível quando você tem ao seu lado grandes profissionais e uma equipe comprometida. Obrigada, por me apoiarem na concretização deste sonho, mesmo sabendo que a minha ausência significaria sobrecarga de trabalho.

Agradeço aos Trabalhadores, participantes desta pesquisa, obrigada por me dedicarem um tempo da corrida vida que temos e compartilharem um pouco das vivências, experiências e percepções de cada um, sem a participação de vocês, nada seria possível.

Alguns agradecimentos especiais

Agradeço a Deus, pela possibilidade da Vida e por me permitir vivê-la com saúde.

Agradeço a minha família, meu pai Luiz Carlos, minha mãe Marlene, meu irmão Fabiano e minha cunhada Maríndia, vocês foram o meu refúgio e a minha fortaleza nos momentos mais truçulentos deste percurso. Obrigada por sempre acreditarem no meu potencial e por embarcarem nas minhas eventuais loucuras! Amo vocês!

Agradeço ao meu ex-companheiro Rodrigo Neves, apesar de optarmos por trilhar caminhos diferentes, você esteve ao meu lado por quase 20 anos da minha vida. Por isso, essa minha conquista é fruto do seu apoio e incentivo. Obrigada por me deixar crescer ao seu lado!

Minhas amigas queridas, Paula, Marina e Lysiane, muito desse trabalho é fruto das nossas discussões, vocês me ensinaram a ver o mundo de outra forma e junto de vocês, com um olhar mais sensibilizado, amigo e carinhoso, tornei-me uma verdadeira Enfermeira de Família e Comunidade. Além disso, sem as palavras de estímulo e muitos gestos de amor, eu certamente não teria conseguido finalizar esta etapa. Muito obrigada, amo vocês!!

As minhas amigas do “Grupo do Cafezinho”, Márcia e Simone, o melhor e mais importante presente que o doutorado me deu, agradeço

imensamente a Deus por ter as colocado na minha vida, vocês são seres de luz, e não foram poucas as vezes em que essa luz me nutriu e fortaleceu para continuar. Muito obrigada, amo vocês!

Aos amigos que me apoiaram enquanto estive no Porto: Jackeline Brito Ferreira, Kássio Ferreira, Mário Branco, Isabel Brito, Kátya Pereira e Nuno Fernandes. Agradeço por terem sido a minha família em Portugal.

Agradeço, aos profissionais que aceitaram participar do processo de validação, na verdade meus amigos queridos, obrigada por responderem prontamente a minha solicitação, mesmo que ela não tenha lhes fornecido muito tempo para as respostas. Ter uma rede de apoio tão qualificada, quanto a minha, certamente colaborou com a construção deste trabalho. Orgulho sempre por existirem no mundo e na minha vida!

A todos os meus amigos, que sempre me apoiaram e me incentivaram, compreendendo as minhas eternas ausências, prometo, agora não terei mais desculpas!

Não adianta assistir,
Não adianta observar,
Se você não se mexer,
As coisas não vão mudar.
E até a esperança
Vai cansar de esperar.

O mundo já lhe esperou,
Desde a hora de nascer.
Lhe apresentou a vida
E fez você entender
Que se o problema é o homem,
O homem vai resolver.

Afinal, a gente nasce
Sem trazer nada para cá,
Na hora de ir embora
O mesmo nada vai levar.
O que importa de verdade
É o que a gente vai deixar.

(Braulio Bessa)

PAES, Lucilene Gama. **Gestão do cuidado na atenção primária em saúde**. 2019. 194p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2019.¹

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Linha de Pesquisa: Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

RESUMO

Pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida com base na Teoria Fundamentada nos Dados Construtivista. Traz como questões de pesquisa: qual o conceito de gestão do cuidado em saúde na atenção primária em saúde? Como os profissionais de saúde experienciam a gestão do cuidado em saúde no âmbito da atenção primária em saúde? E quais os significados atribuídos à gestão do cuidado? Para tal, teve como objetivos: analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional; construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado na atenção primária em saúde, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam neste contexto e compreender o significado de gestão do cuidado na atenção primária em saúde, a partir de uma dimensão relacional. O cenário selecionado para realização deste estudo foi a rede de atenção primária em saúde de um município localizado no sul do Brasil. A pesquisa desenvolveu-se em dois momentos: momento pesquisa bibliográfica, momento pesquisa empírica. No primeiro momento realizou-se uma revisão integrativa da literatura em seis bases de dados: SciELO, PUBMED, LILACS, BDENF, IBECs e CINAHL. Foi realizada busca pela associação de termos livres e controlados, no idioma de origem de cada base. Incluíram-se artigos de pesquisa, em inglês, português e espanhol, sem restrição temporal. No total, foram analisados 15 artigos, a partir de uma perspectiva qualitativa e com o suporte do software NVivo®11. No momento pesquisa empírica, coletaram-se dados por meio da entrevista semiestruturada numa proposta intensiva, junto a trinta e sete

¹ "O presente trabalho contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001."

trabalhadores de saúde, que foram divididos em quatro grupos amostrais. A análise dos dados ocorreu em duas fases: codificação inicial e codificação focalizada, facilitada pelo software NVivo®11. Os resultados dos dois momentos da pesquisa são apresentados em três manuscritos. O primeiro correspondeu a revisão integrativa, e trouxe como resultados o entendimento de que a gestão do cuidado na atenção primária em saúde significa um conjunto de ações de apoio social, clínico-terapêuticas e de responsabilidade da macro, meso e microgestão, no âmbito organizacional, político-institucional e pessoal. O segundo manuscrito apresenta o fenômeno central “Gerenciando o cuidado na atenção primária em saúde”, sustentado por quatro categorias: “Organizando a gestão do cuidado”, “Implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial”, “Relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado” e “Articulando-se social e politicamente”. O terceiro manuscrito reconhece a constituição da gestão do cuidado pelo trabalho em equipe, em que os atos de cuidado devem ser compartilhados entre os diferentes sujeitos envolvidos; e pela subjetividade de seus trabalhadores e usuários do serviço, na medida em que influencia fortemente os agenciamentos realizados, no caminho para a gestão do cuidado. Assim, sustenta-se que a gestão do cuidado na atenção primária em saúde concretiza-se no cotidiano do trabalho, permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários na plena efetivação do cuidado em saúde e determinada pelo significado atribuído pelos trabalhadores. Defende-se ainda que a gestão do cuidado se constitui da articulação de quatro dimensões: organizacional, relacional, assistencial e sócio-política.

Palavras-chaves: Atenção Primária à Saúde. Redes de Atenção à Saúde. Gestão do Cuidado. Teoria Fundamentada nos Dados. Enfermagem em Saúde Comunitária.

PAES, Lucilene Gama. Care Management in the Primary Health Care. 2019. 194p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Graduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, Brazil, 2019².

Counselor: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello.

Research Line: Policies, Management and Evaluation of Health Care and Nursing.

ABSTRACT

Qualitative approach research, developed based on the Constructivist Grounded Theory. It brings as research questions: What is the concept of "care management" in primary health care? How do health professionals experience the care management in primary health care? Finally, what are the meanings assign to the care management? For that, the purpose it had the following goals: Analyse the meaning of the term "care management" in primary health care, based on national and international scientific literature; create a theoretical-explanatory model about the care management in primary health care from the meaning assigned by the health professionals working in this context and understand the meaning of care management in primary health care from a relational side. The selected scenario for this study was the primary health care network of a city located in the south of Brazil. The research was developed in two phases: the bibliographical research step and the empirical research phase. In the first moment an integrative review of the literature was carried out in six databases: SciELO, PUBMED, LILACS, BDEFN, IBECs and CINAHL. It has been created the following principles and controlled, in the source language of each base. Including research articles, in English, Portuguese and Spanish, without temporal issues. 15 articles were counted, a qualitative perspective and with the support of NVivo®11 software. At the second moment of the research, data were collected through the semi-structured interview in an intensive proposal, along with thirty-seven health professionals, who were divided into four groups. The data analytics was made by two phases: initial coding and focused coding which was made easier by NVivo®11 software. The results of the two moments of the research are

² "This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Finance Code 001".

presented in three manuscripts. The first one is about the integrative review and brings the understanding that the care management in primary health care means a set of social support actions, clinical-therapeutic and responsibility of macro, meso and micromanagement on enterprise scope, political-institutional and personal. The second manuscript shows the central phenomenon "Managing care in primary health care", supported by four categories: "Organizing care management", "Implementing care management in the assistance scope", "Relating to other personas for the management of care "and " Social and political articulation". The third manuscript recognizes the constitution of care management by teamwork, in which care acts must be shared between the different people involved; and the subjectivity of its workers and users of the service, insofar as it strongly influences the agencies carried out, on the way to the management of care. Thus, it is maintained that the management of care in primary health care materializes in the daily work permeated by the complexity of the relations between managers, workers and users in the full effectiveness of health care and determined by the meaning assigned by the professionals. It is also defended that the management of care is constituted of the articulation of four dimensions: organizational, relational, social and political.

Keywords: Primary Health Care. Health Care Networks. Care Management. Grounded Theory. Community Health Nursing.

PAES, Lucilene Gama. **Gestión del Cuidado en la Atención Primaria en Salud** 2019. 194p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, Brasil, 2019³.

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Línea de Investigación: Políticas, Gestión y Evaluación del Cuidado en Salud y Enfermería.

RESUMEN

Investigación de abordaje cualitativo, desarrollada con base en la Teoría Fundamentada en los Datos Constructivistas. Trae como cuestiones de investigación: Cuál es el concepto de gestión del cuidado en salud en la atención primaria en salud? ¿Cómo los profesionales de salud experimentan la gestión del cuidado en salud en el ámbito de la atención primaria en salud? ¿Y cuales son los significados atribuidos a la gestión del cuidado? Para ello, tuvo como objetivos: analizar el significado del término "Gestión del Cuidado", en el contexto de la Atención Primaria en Salud, en la literatura científica nacional e internacional; construir un modelo teórico-explicativo sobre la gestión del cuidado en la atención primaria en salud, a partir de los significados atribuidos por los profesionales que actúan en este contexto y comprender el significado de gestión del cuidado en la atención primaria en salud, a partir de una dimensión relacional. El escenario seleccionado para realizar este estudio fue la red de atención primaria en salud de un municipio ubicado en el sur de Brasil. La investigación se desarrolló en dos momentos: momento de investigación bibliográfica y momento de investigación empírica. En el primer momento se realizó una revisión integrativa de la literatura en seis bases de datos: SciELO, PUBMED, LILACS, BDNF, IBECS y CINAHL. Se realizó una búsqueda por la asociación de términos libres y controlados, en el idioma de origen de cada base. Se incluyeron artículos de investigación en Inglés, portugués y español, sin restricción de tiempo. En total, se analizaron 15 artículos, desde una perspectiva cualitativa y con el soporte del software NVivo®11. En el momento de la investigación empírica, se recogieron datos a través de la

³ “El presente trabajo contó con el apoyo de la Coordinación de Perfeccionamiento de Personal de Nivel Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamiento 001”.

entrevista semiestructurada en una propuesta intensiva, junto a treinta y siete trabajadores de salud, que se dividieron en cuatro grupos muestrales. El análisis de los datos ocurrió en dos fases: codificación inicial y codificación focalizada, facilitada por el software Nvivo®11. Los resultados de los dos momentos de la investigación se presentan en tres manuscritos. El primero correspondió la revisión integrativa y trajo como resultados el entendimiento de que la gestión del cuidado en la atención primaria en salud significa un conjunto de acciones de apoyo social, clínico-terapéuticas y de responsabilidad de la macro, meso y microgestión, en el ámbito organizacional, político-institucional y personal. El segundo manuscrito presenta el fenómeno central "Gestionando el cuidado en la atención primaria en salud", sostenido por cuatro categorías: "Organizando la gestión del cuidado", "Implementando la gestión del cuidado en el ámbito asistencial", "Relacionándose con otras personas la gestión del cuidado "y" Articulándose social y políticamente ". El tercer manuscrito reconoce la constitución de la gestión del cuidado por el trabajo en equipo, en que los actos de cuidado deben ser compartidos entre los diferentes sujetos involucrados; y por la subjetividad de sus trabajadores y usuarios del servicio, en la medida en que influye fuertemente en los agenciamientos realizados, en el camino hacia la gestión del cuidado. Así, se sostiene que la gestión del cuidado en la atención primaria en salud se concreta en el cotidiano del trabajo, permeada por la complejidad de las relaciones entre gestores, trabajadores y usuarios en la plena efectividad del cuidado en salud y determinada por el significado atribuido por los trabajadores. Se defiende además que la gestión del cuidado se constituye de la articulación de cuatro dimensiones: organizacional, relacional, asistencial y social-política.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud. Redes de Atención a la Salud. Gestión del Cuidado. Teoría Fundamentada en los Datos. Enfermería en Salud Comunitaria

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	Exemplo de memorando elaborado pelo autor	63
-----------------	---	----

MANUSCRITO 1

Figura 1	Fluxograma do processo de seleção dos artigos	75
-----------------	---	----

MANUSCRITO 2

Figura 1	Modelo Teórico-explicativo do fenômeno: Gerenciando o cuidado na atenção primária em saúde	110
-----------------	--	-----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	As Dimensões da Integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia de Saúde da Família	40
Quadro 2	Tipos de revisão de literatura	50
Quadro 3	Autores que apresentam modelos metodológicos para a Revisão de Literatura Integrativa	51
Quadro 4	Estratégias para aumentar o rigor nas revisões integrativas	52
Quadro 5	Perfil dos participantes da pesquisa do 1º grupo amostral	54
Quadro 6	Perfil dos participantes da pesquisa do 2º grupo amostral	56
Quadro 7	Dimensões e subdimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica	58
Quadro 8	Perfil dos participantes da pesquisa do 3º grupo amostral	59
Quadro 9	Perfil dos participantes da pesquisa do 4º grupo amostral	60

MANUSCRITO 1

Quadro 1	Base de dados, estratégias de busca, filtros e quantidades de artigos localizados	73
Quadro 2	Síntese dos estudos incluídos na revisão	76
Quadro 3	Principais significados atribuídos ao termo gestão do cuidado no contexto da atenção primária em saúde ...	79

MANUSCRITO 2

Quadro 1	Dimensões, subdimensões e eixos do fenômeno	102
-----------------	---	------------

MANUSCRITO 3

Quadro 1	Subdimensões e Eixos da Dimensão relacional da Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde ..	123
-----------------	---	------------

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BDENF	Base de dados em enfermagem
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
CS	Centro de Saúde
DAPS	Diretoria de Atenção Primária
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DIU	Dispositivo intrauterino
ESF	Estratégia de Saúde da Família
eqSF	Equipe de Saúde da Família
GEPADES	Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Política e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde
IBECS	Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	<i>National Health Service</i>
PEN	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PMAq	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PNAB	Polícia Nacional de Atenção Básica
PUBMED	<i>Publisher Medline</i>
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SC	Santa Catarina
SCIELO	Biblioteca eletrônica Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	Teoria Fundamentada nos Dados
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
RI	Revisão Integrativa

RS

Rio Grande do Sul

VER-SUS

Projeto de Vivências e Estágios na realidade do Sistema
Único de Saúde

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS	25
1	INTRODUÇÃO	29
2	OBJETIVOS	33
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	35
3.1	ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO	35
3.2	GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE	43
4	MÉTODO	49
4.1	DESENHO DO ESTUDO	49
4.1.1	Momento pesquisa bibliográfica	49
4.1.2	Momento pesquisa empírica	52
4.1.2.1	LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES	52
4.1.2.2	COLETA DE DADOS	61
4.1.2.3	ANÁLISE DOS DADOS	62
4.1.2.4	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	64
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	67
5.1	MANUSCRITO 1 - GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA	69
5.2	MANUSCRITO 2 - GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA	97
5.3	MANUSCRITO 3 - UMA DIMENSÃO RELACIONAL DA GESTÃO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE	119
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	139
	REFERÊNCIAS	143
	APÊNDICES	153
	APÊNDICE A – Dados de identificação do participante	155
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista	157
	APÊNDICE C – Apresentação aos validadores	159
	APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	163
	APÊNDICE E – Relatório do Doutorado Sanduíche ..	167
	APÊNDICE F – Modelo Teórico-Explicativo sobre a Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde após validação.....	183

ANEXOS	185
ANEXO A – Parecer Comitê Ética Pesquisa UFSC	187
ANEXO B – Pareceres da instituição	191

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Esta Tese tem como objeto de pesquisa a Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde (APS), e está vinculada academicamente ao Laboratório de Pesquisa, Tecnologia e Inovação em Políticas e Gestão do Cuidado e da Educação em Enfermagem e Saúde (GEPADES), do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC), na linha de pesquisa Políticas, Gestão e Avaliação do Cuidado em Saúde e Enfermagem.

O interesse em pesquisar essa temática está diretamente relacionado à minha caminhada acadêmica e profissional. Minha aproximação com o contexto da APS teve início durante a graduação, logo nos semestres iniciais do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Trago como marcante no meu processo formativo e também de *enamoramento* por essa temática, a minha participação no Projeto de Vivências e Estágios na Realidade do Sistema Único de Saúde (VER-SUS), desenvolvido pelo movimento estudantil em Santa Maria (RS), no ano de 2005.

Por meio desta experiência, foi possível conhecer a realidade da rede de serviços em saúde daquele município, identificar as conquistas e os desafios postos ao Sistema Único de Saúde (SUS), além de um aprofundamento nas discussões sobre o trabalho em equipe, a gestão, a atenção e educação em saúde e o controle social. Isso me permitiu identificar no contexto da saúde da família novas possibilidades para a construção do meu fazer profissional, enquanto futura enfermeira.

A fim de ampliar e qualificar meu conhecimento teórico e prático, busquei por uma pós-graduação que me permitisse experienciar o campo da ação. Em 2009, ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade da Universidade do Planalto Catarinense, no município de Lages (SC). Tornar-se residente, nesta área, não é uma tarefa fácil, uma vez que se faz necessário desconstruir modelos de atenção e práticas construídas em nosso imaginário acadêmico, para vivenciar efetivamente o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família (eqSF), com os seus encontros e desencontros, potencialidades e dificuldades, e elaborar-se enquanto trabalhador em saúde nessa nova realidade.

Em 2011, iniciei minhas atividades como aluna do Curso de Mestrado no Programa de Pós-graduação de enfermagem da UFSM, estudando e desenvolvendo pesquisas na linha do Trabalho e Gestão em Enfermagem e Saúde. Com a minha Dissertação, propus-me a apresentar os significados atribuídos pelos enfermeiros aos processos

interacionais no exercício gerencial na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A partir dos resultados, constatei que a ESF tem possibilitado ao enfermeiro a experiência de um novo fazer, atuando sob uma perspectiva relacional, consigo, com os demais trabalhadores de saúde e usuários.

Atrelado a isso, minha prática profissional tem cada vez mais me apresentado questionamentos e estimulado reflexões sobre a gestão do cuidado em saúde na APS. Desde o final da minha graduação, em 2008, já pude vivenciar a realidade de quatro diferentes municípios: Cruz Alta e Sapucaia do Sul, localizados no estado do Rio Grande do Sul (RS); Lages e Florianópolis, localizados em Santa Catarina (SC).

Desde 2012 atuo como enfermeira de saúde da família e comunidade no município de Florianópolis (SC), atualmente exerço minhas atividades assistenciais em um Centro de Saúde (CS), localizado na região central do município, onde também assumo a função de coordenação local e preceptora de enfermagem do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, uma parceria da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC).

Neste município, a ESF é reconhecida como modelo para a APS e como porta de entrada preferencial para os usuários à rede de atenção, além de assumir a responsabilidade pelo acompanhamento e coordenação do cuidado da população. Florianópolis, tem se destacado no cenário brasileiro, pelo fazer diferenciado e comprometido, apresentando a sua comunidade constantemente práticas inovadoras, servindo de base para outros municípios.

No que se refere a enfermagem, Florianópolis, tem protagonizado a implementação de Protocolos de Enfermagem, expandindo o escopo desta categoria na APS, além de ampliar o olhar para as práticas avançadas em enfermagem, como a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) pelo enfermeiro, devidamente capacitado.

Minha atuação como enfermeira, ao longo deste tempo e neste cenário, permitiu-me trabalhar com pessoas que muito me estimularam e que muito me proporcionaram reflexões sobre as práticas de saúde e de enfermagem. Desses encontros, compreendi que o cuidado, o carinho e o afeto que regávamos no cotidiano do trabalho e das nossas vidas, exercia uma influência significativa na forma como organizávamos o nosso fazer e, conseqüentemente, a qualidade do nosso cuidado.

Todas essas experiências pessoais instigaram-me ao aprofundamento na temática da gestão do cuidado, especialmente, após

constatar que como trabalhador na área da saúde, precisa-se articular conhecimentos e habilidades, de tal forma que seja possível compreender as angústias, anseios e necessidades do sujeito que busca por atendimento no serviço de saúde.

1 INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde têm sido cada vez mais desafiados a responderem às demandas em saúde da população, muito em virtude das consequências ocasionadas pelas transições demográfica e epidemiológica que os países vivenciam, especialmente, o aumento da carga de doenças crônico-degenerativas. Assim, um dos grandes desafios colocados é qualificar a Atenção Primária (APS) para a organização e efetivação de uma rede de serviços, com pontos de atenção especializada integrados e articulados (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O sistema de saúde brasileiro evoluiu nestes 31 anos de existência, caminhando em busca da garantia de acesso universal, da equidade e integralidade das práticas de cuidado. Contudo, ainda é perceptível a necessidade de superação da fragmentação das ações e serviços de saúde, bem como qualificar a gestão do cuidado (BRASIL, 2010).

A gestão do cuidado concretiza-se no encontro entre sujeitos - gestores, trabalhadores e usuários - e na articulação de ações e serviços, constituindo uma rede colaborativa e coordenada a partir da APS. Dessa forma, a APS emerge como porta de entrada para um sistema de saúde, que deve ser regido por fluxos comunicacionais entre os trabalhadores, dentro dos próprios serviços, destes com os usuários ou conforme a pertinência e necessidade dos sujeitos, além das paredes e muros dos serviços (SANTOS, 2013).

A eficácia da comunicação estabelecida entre as pessoas no interior do sistema de saúde pode estar diretamente relacionada à integração dos serviços e a qualidade dos processos de cuidado (RODRIGUES *et al.*, 2014), a relação construída por esses diferentes sujeitos agencia a Rede de Atenção à Saúde (RAS), num determinado território. A gestão do cuidado, portanto, requisita a integração e corresponsabilização entre os sujeitos e entre as instituições, no intuito de compartilhar projetos terapêuticos, tendo o usuário como centro do cuidado (SANTOS, 2013), e contribuindo para qualidade da atenção em saúde (SOL; VÁZQUEZ, 2010).

Assim, reconhece-se a relevância da estruturação da RAS, entendendo-a como um arranjo organizativo de ações e serviços de diferentes densidades tecnológicas que buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010). A APS exerce papel fundamental na sua estruturação, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e

informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, tornando-se o centro de comunicação para o cuidado (MENDES, 2011).

Nesse contexto, a gestão do cuidado assume funções tanto dentro do serviço de saúde, quanto na trajetória percorrida pelo usuário em busca de assistência, deparando-se com questões pertinentes ao planejamento de recursos físicos, materiais e de organização da força de trabalho, adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos (GRABOIS, 2011).

Essa articulação apresenta-se complexa, ao passo que vários fatores precisarão ser analisados e utilizados para que o entendimento efetivamente aconteça e, conseqüentemente, o cuidado. Para isso, os sujeitos necessitarão dialogar abertamente, na tentativa de elaborar um plano de cuidado que seja capaz de dar conta das necessidades do sujeito usuário, combinando os saberes científicos do sujeito trabalhador, a rede de suporte que este dispõe, quer sejam outros profissionais especialistas, quer sejam outras instituições de saúde, e o saber popular/cultural do sujeito usuário.

As redes se formam por imperativo do próprio trabalho, em que não há autossuficiência de nenhum saber e fazer, é necessário produzir conexões entre os próprios trabalhadores para que se produza o cuidado [...]. Os trabalhadores conversam entre si o tempo todo, e é nos atos de fala que vão produzindo as ações do cotidiano, o cuidado vai fluindo como produto do esforço de cada um (FRANCO, 2015, p.263).

Ao assumir a gestão do cuidado nesse contexto, o trabalhador precisa buscar pela integração entre os sujeitos de tal forma que os atores sociais envolvidos sejam empoderados para uma tomada de decisão no sentido de construir estratégias e ações que possibilitem cooperação para a efetivação do cuidado. Dessa forma, o cuidado longitudinal característico do trabalho efetivado na ESF, permite aos atores sociais, o estabelecimento de vínculos concretos na elaboração de planos de ação, com destaque para a dialogicidade dessa relação/interação (CORIOLANO-MARINUS *et al.*, 2015). Machado, Leitão e Holanda (2005) lembram que o sujeito trabalhador deve saber conciliar seu plano de ação e alcançar suas metas a partir de uma negociação, seja com o sujeito usuário, ou com outros

trabalhadores do próprio serviço ou da RAS.

Assim, o trabalhador assume um importante papel para a concretização da gestão do cuidado, tendo em vista que o modo como significa o trabalho e o cuidado influencia o modo como produz o seu agir em saúde. Dessa forma, a subjetividade, configura-se como das muitas dimensões que compõe o complexo cenário do trabalho em saúde (FRANCO; MERHY, 2012).

Considerando o exposto, acredita-se ser relevante compreender os significados da gestão do cuidado em saúde na APS, tendo como ponto de partida a perspectiva do sujeito trabalhador. Ademais, espera-se apresentar elementos aprofundados que possam contribuir para um debate sobre as práticas na APS e, conseqüentemente, contribuir para o seu fortalecimento e auxiliar na efetivação da RAS, no âmbito do SUS.

Com base nesse panorama, e reconhecendo que ainda temos uma carência de estudos sobre a temática, elaborou-se esta Tese de Doutorado em Enfermagem, que visou responder aos seguintes questionamentos:

Qual o significado do termo “gestão do cuidado” no contexto da Atenção Primária em Saúde na literatura científica? Como os profissionais de saúde experienciam a gestão do cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária em Saúde? Quais os significados atribuídos à gestão do cuidado, na perspectiva dos profissionais que atuam na Atenção Primária em Saúde?

2 OBJETIVOS

- Analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional;
- Construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado na atenção primária em saúde, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam neste contexto;
- Compreender o significado da “gestão do cuidado” na Atenção Primária em Saúde, a partir de uma dimensão relacional, na perspectiva dos profissionais que nela atuam.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para fundamentação teórica desta pesquisa, tomaram-se como referência conceitos sensibilizadores e linhas de pensamento, utilizados na área da gestão em saúde e saúde coletiva. A sessão está organizada em dois tópicos: *atenção primária em saúde como ordenadora do cuidado em saúde*, cujo objetivo é trazer alguns pressupostos teóricos sobre os atributos da APS e que orientam o seu funcionamento, especialmente, quando assume a importante função de coordenar o cuidado em saúde e, *gestão do cuidado em saúde* que, inicialmente aborda algumas concepções sobre o significado do cuidado, evoluindo para concepções e perspectivas sobre a gestão do cuidado.

3.1 ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE COMO ORDENADORA DO CUIDADO

O cotidiano de trabalho das equipes de saúde na atenção primária é caracterizado pela realização de ações com enfoque individual e coletivo, bem como a articulação de ambos. A Polícia Nacional de Atenção Básica (PNAB) considera como objetivo destas ações o desenvolvimento de uma atenção integral que possa impactar na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde coletiva (BRASIL, 2017).

A APS pode ser considerada tanto uma estratégia de organização e reorganização dos sistemas de saúde, representando o primeiro nível de atenção, quanto um importante modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos trabalhadores de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013), que utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território (BRASIL, 2011). Tem a sua complexidade reconhecida na medida em que emprega em suas práticas cotidianas de cuidado, saberes advindos de diferentes núcleos de conhecimento, evidenciando um caráter interdisciplinar e ampliado (PINHEIRO; MATOS, 2006).

Além disso, tem como principais atributos ser o primeiro contato dos usuários ao sistema de saúde, caracterizando-se como a porta de entrada preferencial da rede de atenção; garantir a longitudinalidade do cuidado, integralidade da atenção e coordenação do cuidado ao longo de toda a rede de serviços de saúde (STARFIELD, 2002; OMS, 2011).

O **primeiro contato** pode ser definido como a porta de entrada dos serviços de saúde, implica em acessibilidade e uso do serviço a cada

novo problema ou novo episódio de um problema para o qual as pessoas buscam atenção, ou seja, é quando a população e a equipe identificam aquele serviço como o primeiro a ser buscado quando há alguma necessidade em saúde (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

No ponto de vista de Starfield (2002), existem diversos tipos de acessibilidade diretamente relacionados à percepção da APS como porta de entrada para um sistema de saúde: *acessibilidade em relação ao tempo*, ou seja, ao horário de funcionamento do serviço de saúde, tempo de disponibilidade do serviço para atendimento das necessidades dos seus usuários; *acessibilidade geográfica*, refere-se a distância a ser percorrida pelo usuário do local onde encontra-se até o serviço de saúde e a adequação do transporte para cada realidade; e, por fim, a *acessibilidade psicossocial* que está relacionada as barreiras de linguagem, culturais e de comunicação entre os trabalhadores e os usuários.

Nesse sentido, alguns estudos sobre a realidade brasileira com enfoque na acessibilidade, identificaram diversos fatores que interferem e dificultam a entrada do usuário no sistema de saúde pela APS, entre eles pode-se destacar: a *disponibilização do transporte* que não condiz com a realidade do território e tão pouco favorece a chegada do usuário a este nível de atenção; a *disposição inadequada de pontos de parada de ônibus*, o que, em alguns momentos, determina a procura de outros serviços como as unidades de pronto atendimento; a *localização do serviço de saúde* em locais de difícil movimentação, com diversas barreiras geográficas, como morros e ladeiras; a *concentração de muitas equipes de saúde* dentro de uma mesma estrutura física; um *incongruente processo de territorialização*; a *falta de profissionais* nas equipes de saúde, isto é, equipes incompletas, inviabilizando diversos tipos de atendimento, acompanhamento, seguimento e vigilância; o *despreparo de alguns profissionais* no que se refere ao acolhimento das necessidades dos usuários, utilizando este dispositivo em alguns momentos como uma barreira ao acesso; o *tempo* e a *forma de espera* para atendimento (COELHO; JORGE; ARAÚJO, 2009; SILVA *et al.*, 2011; OLIVEIRA *et al.*, 2012; CAMPOS *et al.*, 2014).

Nessa perspectiva, Sanchez e Ciconelli (2012), após realizarem uma revisão conceitual sobre o acesso, concluíram que o conceito de acesso tem se modificado ao longo do tempo, na medida em que as sociedades evoluíram e novas necessidades surgiram. O acesso não equivale à simples utilização dos serviços, mas vai além, quando prevê a discussão em termos de justiça social e equidade, trata-se de um

conceito de múltiplas dimensões, podendo ser descrito como a oportunidade de utilização dos serviços em circunstâncias que permitam o uso apropriado dos mesmos.

A maior parte das análises e pesquisas convergem para uma reflexão comum: o problema do acesso à saúde e, por consequência, da equidade em saúde, precisa ser confrontado através de ações intersetoriais e transversais a todas as áreas de governo, abrangendo políticas sociais e econômicas, permitindo melhor distribuição de renda, fortalecimento da cidadania, melhores condições de educação e habitação, e não somente através de ações circunscritas ao nível de atuação dos sistemas de saúde (SANCHEZ; CICONELLI, 2012, p. 267).

A **longitudinalidade** pressupõe a existência de uma fonte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, é uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais e os usuários em sua unidade de saúde, que deve refletir em uma relação mútua de confiança e humanizada entre os envolvidos (STARFIELD, 2002).

Dessa forma, a longitudinalidade suscita mudanças no modo de conceber e fazer saúde. A busca pela participação dos usuários nas decisões das propostas terapêuticas deve ser central, podendo ser efetivada pela tomada de decisão compartilhada, o que pode fortalecer a autonomia e responsabilização dos usuários pela proposta terapêutica escolhida e pelo caminho a ser percorrido na RAS (SCHIMITH *et al.*, 2015). Além disso, a longitudinalidade possibilita a produção de diagnósticos e tratamentos mais precisos que reduzem os encaminhamentos desnecessários para especialistas, uma vez que o binômio usuário-trabalhador de saúde estabelece uma importante relação de cuidado (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Partindo desta linha de pensamento, Cunha e Giovanella (2011) propõe o termo “vínculo longitudinal”, na tentativa de aproximar a longitudinalidade tão mencionada internacionalmente, com o contexto da APS no Brasil, cuja tradição é a divisão de responsabilidades comuns entre a equipe interdisciplinar de saúde.

Nas interpretações, destes mesmos autores, o “vínculo longitudinal” pode ser definido como a relação terapêutica estabelecida entre o paciente e profissionais da equipe de APS, que se traduz no

reconhecimento e utilização da unidade básica de saúde como fonte regular de cuidado. Salienta-se o papel primordial que a gestão desempenha para o desenvolvimento do “vínculo longitudinal”, considerando a oferta adequada de serviços de APS e mecanismos de fixação do trabalhador na unidade de saúde. Alguns elementos são imprescindíveis na composição deste referido atributo:

- a) A existência e o reconhecimento de uma fonte regular de cuidados de atenção primária;
- b) O estabelecimento de vínculo terapêutico duradouro entre os pacientes e os profissionais de saúde da equipe local (relação interpessoal);
- c) Continuidade informacional que se refere à qualidade dos registros em saúde, seu manuseio e disponibilização, de forma a favorecer o acúmulo de conhecimento sobre o paciente por parte da equipe.

Ainda é possível encontrar na literatura a utilização da palavra “continuidade” como sinônimo de longitudinalidade. Entretanto, Starfield (2002) assevera que para a continuidade da assistência não é necessário a existência de uma relação pessoal de longa duração entre trabalhadores e usuários, uma vez que bons registros podem suprir a necessidade de informação para o devido acompanhamento. Ademais, mesmo que ocorra a interrupção na continuidade da atenção, a relação entre usuário e trabalhador de saúde pode permanecer intacta.

A longitudinalidade nos remete à integralidade, considerando que o profissional de saúde ou unidade de saúde deve oferecer atenção ao longo do tempo, com amplitude de atenção e serviços (STARFIELD, 2002). Assim, a **integralidade** exige que a equipe de saúde reconheça a variabilidade das necessidades de saúde, organize serviços e recursos que atentem para essas necessidades, se responsabilize pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e reconheça adequadamente os problemas biológicos, psicológicos e sociais que envolvem o processo saúde-doença (OMS, 2011; STARFIELD, 2002).

A integralidade do cuidado depende da redefinição de práticas, de modo a criar vínculo, acolhimento e autonomia, o que valoriza as subjetividades inerentes ao trabalho em saúde e as necessidades singulares dos sujeitos, como pontos de partida para qualquer intervenção, construindo a possibilidade do cuidado centrado no usuário. Exercer a integralidade passa pela necessidade de repensar práticas e conformações dos serviços públicos de saúde, ainda caracterizados pela descontinuidade assistencial (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013, p. 161).

Nas palavras de Viegas e Penna (2015), a integralidade compreende uma pluralidade de concepções e atitudes, amplia o olhar para o sujeito, para o viver humano que integra espaços, condições e expressões singulares. As mudanças para um novo fazer no setor saúde tornam-se fundamentais não apenas em nível local da assistência, mas também com uma gestão pública comprometida com o bem saúde.

Essas autoras desenvolveram um estudo com o objetivo de compreender as dimensões da integralidade presentes no cuidado em saúde em um município de Minas Gerais, Brasil. A partir disso, abordaram a integralidade em quatro dimensões: a do ser integral; do atendimento integral às demandas em saúde; da integração dos Serviços de Saúde; da intersetorialidade na concepção de profissionais das equipes de Saúde da Família e de gestores municipais, conforme ilustra o Quadro 1 a seguir.

Quadro 1 - As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da ESF

Dimensões da Integralidade	Subtemas
Ser integral	Considera a integralidade das pessoas, definindo o conceito de "um todo"; "a pessoa"; um "ser completo"; "o respeito à pessoa acima de qualquer coisa".
Atendimento integral às demandas em saúde	As pessoas devem ser atendidas em suas necessidades de saúde.
Integração dos Serviços de Saúde	A integração e a organização dos serviços de saúde dependem de saberes de diferentes disciplinas, da regionalização das Unidades na formação de um sistema de saúde local.
Intersetorialidade	As demandas podem ser de cunho intersetorial; a intersectorialidade como pilar fundamental da integralidade.

Fonte: Adaptado de Viegas e Penna (2015).

Sob essa perspectiva, Mattos (2009) ao refletir sobre o significado da integralidade, buscou sistematizá-la em três sentidos para o seu uso, quais sejam: a integralidade como um traço da boa medicina, a integralidade como modo de organizar as práticas e a integralidade como respostas governamentais a problemas específicos de saúde.

O primeiro sentido está diretamente relacionado com o valor das práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram. Teria a ver com uma atitude desejável, que se recusa a reduzir o paciente a um aparelho ou sistema biológico que impossibilita de apreender as necessidades mais abrangentes (MATTOS, 2009).

O segundo sentido se relaciona mais diretamente com a organização dos serviços e das práticas de saúde. Discorre-se sobre a necessidade de “horizontalização” dos programas, a partir das necessidades reais da população e pela busca contínua de ampliação da apreensão dessas necessidades, a articulação entre a demanda espontânea e demanda programada expressa no diálogo necessário já mencionado. E, finalmente, o terceiro sentido trata de atributos das

respostas governamentais a certos problemas de saúde, ou às necessidades de certos grupos específicos (MATTOS, 2009).

O conceito de **coordenação** relaciona-se à integração dos cuidados, tanto no sentido das práticas clínicas, entre serviços, setores ou grupos sociais em nível local, quanto no contexto da continuidade dos serviços oferecidos, seja por parte dos profissionais, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, e por organizações distintas entre os diferentes níveis de atenção. É um atributo essencial na medida em que sem ela, a longitudinalidade perderia muito de seu potencial, a integralidade seria dificultada e a função de primeiro contato tornar-se-ia uma função puramente administrativa (STARFIELD, 2002; OLIVEIRA, 2013).

Na literatura, é possível encontrar descrito dois tipos de coordenação: uma coordenação que se inicia no mesmo nível de atenção, ou seja, dentro do próprio serviço de saúde, entre trabalhadores (trabalho em equipe multidisciplinar, inclusive com especialistas matriciadores) e destes com o usuário, momento em que a escuta torna-se fundamental para a efetivação da dialogicidade, decisiva na continuidade do cuidado; e uma coordenação entre níveis assistenciais que se caracteriza na articulação de diversos serviços e ações de saúde, focalizados num único objetivo, oferecer ao usuário um conjunto de serviços e informações que respondam às suas necessidades, mesmo que em diferentes pontos da rede de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2013; OLIVEIRA; PEREIRA, 2013; SCHIMITH *et al.*, 2014).

Starfield (2002) destaca alguns dos desafios postos à coordenação:

1. Dentro do estabelecimento de atenção primária, quando os pacientes são vistos por vários membros da equipe e as informações a respeito do paciente são geradas em diferentes lugares (incluindo laboratórios).
2. Com outros especialistas chamados para fornecer aconselhamento ou intervenções de curta duração.
3. Com outros especialistas que tratam de um paciente específico por um longo período de tempo, devido a presença de um distúrbio específico (STARFIELD, 2002, p.370).

No ponto de vista de Oliveira e Pereira (2013), qualificar a APS para exercer a coordenação do cuidado, além de organizar pontos

integrados de atenção especializada, plenamente articulada e capaz de responder as demandas e necessidades reais da população é um dos mais atuais desafios para o SUS. Nesse sentido, o Brasil traz como proposta para o redirecionamento do seu modelo de atenção e reorganização da APS, a ESF, pensada e modelada para atuar, considerando que as pessoas e famílias vivem em territórios de vida que influenciam suas condições de vida e saúde, além de buscar pela integralidade da atenção e coordenação das ações (BRASIL, 2011; 2017; OMS, 2011).

De forma complementar, Mendes (2011) referindo-se às condições de saúde, acrescenta que o Brasil tem vivenciado um momento transitório, relacionado a mudanças demográficas importantes, o que na opinião do autor predispõe a implantação das redes de atenção à saúde, a fim de dar coerência às necessidades de saúde emergentes e ao SUS.

Assim, instituiu-se em 2010 as diretrizes para a estruturação das redes de atenção à saúde, definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010).

Mendes (2010) destaca que as redes de atenção à saúde são constituídas por três elementos: a população, grupo de sujeitos sob a responsabilidade de uma rede de serviços, razão de sua existência; a estrutura operacional, constituída pelos diversos pontos da rede e a forma como estes se conectam e articulam, sendo composta pelo centro de comunicação, pontos de atenção secundário e terciário, sistemas de apoio, sistemas logísticos e de governança; e o modelo de atenção à saúde que organiza o funcionamento e a lógica de trabalho da RAS.

A ESF, melhor representante da APS no Brasil, exerce papel fundamental na estruturação das redes, atuando como ordenadora e coordenadora dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações, ao longo de todos os pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, tornando-se o centro de comunicação para o cuidado (MENDES, 2011).

Dessa forma, transformar os modos de organizar a atenção à saúde apresenta-se como essencial para a consolidação do SUS. Algumas evidências têm apontado que as redes de atenção à saúde melhoram os resultados sanitários e econômicos dos sistemas de saúde, constituindo-se como uma saída pertinente para a construção de um sistema de saúde com qualidade (MENDES, 2011; FEUERWEKER, 2014).

3.2 GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE

O cuidado designa uma atitude de desvelo, de solicitude e atenção, instiga preocupação, inquietação e sentido de responsabilidade para com o outro (BOFF, 2005). É quando o outro passa a ter significado (OLIVEIRA NETO, 2011). Trata-se de uma forma de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida, tais como: o nascimento, a promoção, a recuperação da saúde e a própria morte (SOUZA *et al.*, 2005).

Rocha *et al.* (2011, p. 187) distinguem o termo cuidar de cuidado. Os autores apontam que “cuidar significa uma ação dinâmica, pensada e refletida, envolve um agir, uma atitude integrada pela formação pessoal e a profissional, enquanto que o cuidado tem a conotação de responsabilidade e de zelo”.

O cuidado, como prática de saúde, tem sido pauta constante de debate entre gestores, trabalhadores e usuários do SUS. A saúde da família como estratégia, impõe a transformação permanente do funcionamento dos serviços e do processo de trabalho das equipes, exigindo dos seus atores, práticas transformadoras de cuidado e de gestão (BRASIL, 2011).

Nessa mesma linha de pensamento, Ayres (2009) propõe uma reflexão importante sobre o “cuidar”, trazendo instrumentos para pensá-lo a partir de uma concepção mais ampla e integral, aproximando corpo e mente, matéria e espírito.

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. Para cuidar há que se considerar e construir projetos; há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma que o sujeito quer opor à dissolução, inerte e amorfa, de sua presença no mundo. Então é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que está ali em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. A atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude “cuidadora” precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2009, p.37).

De acordo com Grabois (2011), para que o cuidado possa ser

oferecido com qualidade é imprescindível combinar a intencionalidade de viabilizar um modelo de atenção voltado às necessidades e riscos dos pacientes com a capacidade de identificar recursos e combiná-los de forma planejada e pactuada entre os responsáveis pela oferta destes recursos.

É nesse contexto de mudança do modelo assistencial que os trabalhadores em saúde estão inseridos. Busca-se superar as práticas curativistas, para se trabalhar sob uma nova perspectiva e concepção de ser humano, vida, saúde, sociedade e cuidado de saúde, remetendo-nos à construção e implementação de novas tecnologias de gestão que integrem o ser, o pensar, o fazer, o estar mobilizando ações de cuidado humano (ERDMANN *et al.*, 2006)

E, assim, num cenário de novas práticas e de transformação nos processos de trabalho em saúde, revela-se a gestão do cuidado, “partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar, reafirmando a necessidade de autonomia, vinculação, corresponsabilização que equipes de profissionais devem assumir para promoverem a saúde” (SOUZA, 2010, p.8).

O conceito de gestão do cuidado não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o profissional da saúde e o usuário, mas pode ser compreendido como uma interação nas e pelas práticas de saúde com as tecnologias existentes. Deve relacionar-se ao conhecimento técnico e ao modo como as pessoas andam na vida, o que faz emergir a necessidade de superar a racionalidade instrumental, criando espaços para interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas (PAIVA; MARTINS, 2014).

A gestão do cuidado pode ser compreendida no processo de trabalho em saúde como a forma com que o cuidar se manifesta e se organiza na interação entre sujeitos (PIRES; GÖTTEMS, 2009). Cecílio (2011) caracteriza a gestão do cuidado como a utilização de 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.

Esse mesmo autor (CECÍLIO, 2011) destaca na realização da gestão do cuidado em saúde, a existência de cinco dimensões, que se conectam de variadas formas produzindo uma complexa rede de cuidados, quais sejam: *dimensão individual*, entendida como a possibilidade de que cada um pode ou tem potencial para produzir uma forma singular de cuidar de si próprio e fazer escolhas; *dimensão familiar*, focalizada na figura das pessoas da família, os amigos, os

vizinhos; *dimensão profissional*, que ocorre no encontro entre profissionais e os usuários; *dimensão organizacional*, compreendida como aquela que se dá nos serviços de saúde, dependente da ação cooperativa de vários atores; *dimensão sistêmica*, aquela que se envolve na construção formal de conexões entre os serviços de saúde, compromete-se com a rede de cuidado, na perspectiva da integralidade.

Vislumbram-se no cuidado componentes importantes, como a competência técnica, o conhecimento científico e as qualidades humanas (ROCHA *et al.*, 2011). Da mesma forma, referindo-se a dimensão profissional do cuidado, Cecílio (2011) acrescenta a importância da postura ética do profissional no sentido de como se dispõe a mobilizar-se para atender da melhor forma possível e a capacidade de construir vínculos com quem precisa de cuidados.

No caminho da dimensão organizacional, depreende-se uma gestão de cuidado em que os trabalhadores adotem uma abordagem que integre e acolha as necessidades dos usuários, coloque-os perante a necessidade de imersão nos aspectos subjetivos das inter-relações, na sua potencialidade de criatividade e autonomia. Também evoca a desconstrução e construção de novas práticas de saúde, no intuito de beneficiar os usuários, com ações éticas, flexíveis, humanas, políticas e eficientes (FERNANDES; SILVA, 2013; ROSSI; LIMA, 2005).

Nessa direção, Rossi e Lima (2005) fazem referência ao desafio por parte de quem gerencia o cuidado:

O grande compromisso e desafio de quem gerencia o cuidado hoje é o de valorizar e habilitar-se para utilizar as relações como uma tecnologia, no sentido de edificar um cotidiano, por intermédio da construção mútua entre os sujeitos. E, através dessas mesmas relações, dar sustentação à satisfação das necessidades dos indivíduos e valorizar trabalhadores e usuários como potentes para intervirem no trabalho vivo em ato – espaço de concretização do cuidado (ROSSI; LIMA, 2005, p. 467).

Com enfoque semelhante, Matumoto *et al.* (2005) referem que para atuar como operador do cuidado, sob uma perspectiva diferenciada, o trabalhador de saúde necessita assumir e ampliar a composição de sua caixa de ferramentas com as tecnologias leves, tornando-se capaz de atuar com as tecnologias de relação como vínculo, acolhimento, responsabilização, gestão da produção do cuidado, articular as

necessidades dos usuários, trabalhadores e organizações, promovendo ganhos de autonomia dos usuários e compromissos com a defesa da vida individual e coletiva. Ademais, necessita encarar o desafio de desconstruir as matrizes sobre as quais se fundamenta a formação profissional.

Na efervescência desse debate, Feuerweker (2011) apresenta o conceito de “cadeia do cuidado em saúde”, caracterizado como o arranjo para articular o acesso aos serviços de saúde, com a manutenção do vínculo e da continuidade da assistência. Destaca nesse processo a necessidade de gestão, tanto do modo como se organizam os serviços, quanto dos encontros entre trabalhadores e usuários no âmago da produção e gestão do cuidado.

A autora propõe uma agenda e dispositivos para a gestão do cuidado a partir de diferentes contextos, tendo por base a APS: *dentro das unidades*, na tentativa de reorganizar o processo de trabalho e repensar as ofertas, principalmente, no que se refere ao trabalho médico-centrado, ao olhar epidemiológico local, ao olhar em relação as políticas previamente definidas e o olhar analítico para a demanda espontânea; *no território*, no intuito de produzir um olhar interessado não somente para buscar e reconhecer os problemas, mas também as potencialidades, os recursos, as redes sociais, a produção das relações, enfim, atuar além das paredes do serviço de saúde. Para isso destaca a atenção domiciliar como importante proposta para a desinstitucionalização do cuidado e a efetivação da rede de cuidado a fim de ampliar e diversificar as ofertas, com articulação com outros setores que não apenas os da saúde; e *entre os serviços* como uma proposta de legitimar a necessidade de espaços reais de conversa e reconhecimento mútuo entre profissionais e equipe, entendendo que a relação entre os equipamentos de saúde existe a partir do interior de cada um e na relação entre eles: expectativas não comunicadas, valores e lógicas distintos, preconceitos de parte a parte (FEUERWEKER, 2011; FEUERWEKER, 2014).

Para complementar Feuerweker (2014) faz referência ao reconhecimento das peculiaridades do trabalho em saúde:

Um princípio fundamental, que baseia todos os dispositivos e estratégias propostos para a gestão do cuidado é o reconhecimento das peculiaridades do trabalho em saúde, considerando a variabilidade das situações de saúde (individuais e coletivas), a volatilidade do trabalho (produzido e consumido em ato), os importantes graus de autonomia dos trabalhadores, a multiplicidade de planos que constituem as organizações de saúde (histórias de vida, cultura, religião, projetos corporativos, projetos políticos, estilos de gestão etc.) e que interferem no modo como os encontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários acontecem, a multiplicidade de projetos em disputa (FEUERWEKER, 2014, p.107).

No ponto de vista de Grabois (2011), a gestão do cuidado coloca os trabalhadores diante da necessidade do planejamento de recursos (físicos, materiais, de organização da força de trabalho), adoção de dispositivos, ferramentas e regulamentos, avaliação da qualidade das ações empreendidas e, por fim, correção das insuficiências, com formulação de novos planos e propostas.

O cotidiano dos serviços de saúde é organizado pelas relações e conexões estabelecidas entre si e os vários atores, que operam em diversas direções e sentidos. (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006). Essa micropolítica das organizações de saúde constroi uma rede complexa, móvel, mutante (CECÍLIO, 2011), capaz de gerir as práticas de cuidado. Dessa forma, a gestão do cuidado revela-se nas “ações dos sujeitos (gestores, trabalhadores da saúde e usuários) em serviços de saúde integrados, formando uma rede colaborativa, ou seja, coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno” (DOMBROWSKI; PONTES; ASSIS, 2013, p. 56).

Cecílio *et al.* (2012) problematizam as possibilidades da APS exercer a função estratégica de centro de comunicação da RAS, abordando duas questões importantes. Segundo esses autores, a APS tem sido o lugar onde as pessoas buscam recursos fundamentais para o cuidado que precisam, por esta razão acreditam que ela deve ser defendida como uma importante conquista a ser consolidada e aperfeiçoada. Entretanto, ainda encontra um grande desafio pela frente, reunir subsídios, condições materiais e simbólicas para funcionar como o centro de comunicação entre os vários pontos da rede complexa.

Considerando que a integração dos serviços, a coordenação e continuidade do cuidado são desafios a serem enfrentados pelo SUS, defende-se que para a consolidação da gestão do cuidado, os profissionais de saúde apresentem plasticidade no processo de trabalho, viabilizando acesso dos usuários aos serviços necessários e em tempo oportuno.

4 MÉTODO

Neste capítulo estão descritos os procedimentos adotados para que a pesquisa atingisse seu objetivo.

4.1 DESENHO DO ESTUDO

Considerando os objetivos do estudo, delineou-se uma pesquisa com abordagem qualitativa, que foi desenvolvida em dois momentos:

- a) Momento Pesquisa Bibliográfica: Realizou-se uma Revisão Integrativa da Literatura com o objetivo de analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional. Seguiu-se as orientações propostas por Whittemore e Knafl (2005).
- b) Momento Pesquisa Empírica: Realizou-se uma pesquisa empírica guiada pelo referencial metodológico da Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) na versão construtivista, cujo objetivo foi construir uma teoria por meio de uma análise sistemática dos dados. A TFD procura apresentar uma dada realidade e como os participantes se relacionam neste cenário a partir da percepção ou significado de cada sujeito (CHARMAZ, 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Considera-se que a partir da complementaridade dessas duas pesquisas, foi possível apreender sobre o objeto de estudo com maior profundidade e, assim, clarificar o conceito de gestão do cuidado em saúde e suas repercussões para as práticas de cuidado, no âmbito da APS, com vistas à consolidação da RAS.

4.1.1 Momento pesquisa bibliográfica

A pesquisa bibliográfica tem como objetivo principal aproximar o pesquisador daquilo que já foi produzido e publicado sobre o tema de pesquisa (PÁDUA, 2012), reafirmar e ampliar conceitos (TUZZO; BRAGA, 2016), tornando-se capaz de projetar luz e permitir ordenação e compreensão da realidade empírica (MINAYO, 2017).

A pesquisa bibliográfica caracteriza-se por apresentar diversos níveis de aprofundamento (MINAYO, 2017) e variações discretas entre os diferentes tipos, entretanto, o rigor dentro das multifacetadas

possibilidades, necessita ser mantido (SOUSA *et al.*,2018).

O crescente interesse pela Prática Baseada em Evidências tem ampliado o escopo da pesquisa bibliográfica. Nesse sentido, Grant e Booth (2009) e Sousa *et al.* (2018) elencam e descrevem os tipos mais comuns de revisão, no âmbito da saúde. O quadro 2, a seguir, apresenta quinze tipos de revisão elencadas pelos autores supracitados.

Quadro 2 - Tipos de Revisão de Literatura

Tipo de Revisão de Literatura
Revisão Crítica
Revisão Integrativa
Revisão da Literatura
Revisão de mapeamento/mapa sistemático
Meta-análise
Revisão de estudos mistos
Visão Geral / <i>Overview</i>
Revisão sistemática qualitativa
Revisão rápida
Revisão de escopo / <i>Scoping Review</i>
Revisão do estado da arte
Revisão sistemática
Revisão Sistematizada
Revisão sistemática e pesquisa
Revisão guarda-chuva ou de cobertura

Fonte: Adaptado de Grant e Booth (2009) e Sousa *et al.*(2018)

Entre as diversas possibilidades de pesquisa bibliográfica mencionadas, optou-se por utilizar a Revisão Integrativa da Literatura, que vem cada vez mais ganhando destaque nas pesquisas em saúde e da enfermagem (CECÍLIO; OLIVEIRA, 2017), em especial, por se tratar de uma metodologia abrangente e inclusiva, na medida em que inclui artigos de pesquisa quantitativos e qualitativos (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

Na literatura nacional e internacional, é possível encontrar diferentes referenciais metodológicos para a Revisão Integrativa. Nesse sentido, o Quadro 3 elenca nove possibilidades, tendo por base, as revisões realizadas por Christmals e Gross (2017), bem como Cecílio e Oliveira (2017).

Quadro 3 - Autores que apresentam modelos metodológicos para a Revisão Integrativa da Literatura

Autores que apresentam modelos metodológicos para a Revisão Integrativa da Literatura
Cooper (1982) Ganong (1987) Roman e Friedlander (1998) Russel (2005) Torraco (2005) Whittemore e Knafl (2005) Mendes, Silveira e Galvão (2008) Souza, Silva e Carvalho (2010) Teixeira <i>et al.</i> (2013)

Fonte: Adaptado de Christmals e Gross (2017); Cecílio e Oliveira (2017).

Para este trabalho, optou-se por utilizar a proposta apresentada por Whittemore e Knafl (2005). De acordo com as autoras, a RI tem um grande potencial para transformar diversos métodos de pesquisa primária em importantes iniciativas de práticas baseadas em evidências. Propõe-se um roteiro de pesquisa guiado por cinco estágios, a seguir apresentados, no Quadro 4.

Ressalta-se que todo o percurso metodológico deste momento, está devidamente detalhado no Manuscrito 1 – Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde: uma revisão integrativa da literatura.

Quadro 4 – Estratégias para revisões integrativas

Estratégias para aumentar o rigor nas revisões integrativas	
Estágio da Identificação do Problema	Neste estágio inicial, faz-se necessário identificar claramente o problema e o objetivo da revisão.
Estágio da Procura Literária	Deve estar claramente documentado na seção do método, incluindo os termos de pesquisa, as bases de dados utilizadas, estratégias de busca adicionais e os critérios de inclusão e exclusão para determinar fontes primárias relevantes.
Estágio da Avaliação dos dados	O processo de avaliação da qualidade das fontes primárias na RI é complexo, considerando a variabilidade de documentos que podem ser incluídos. Diferentes estratégias podem ser implementadas. A exemplo cita-se a criação de critérios de inclusão e exclusão.
Estágio da Análise dos dados	Requer que os dados das fontes primárias sejam ordenados, codificados, categorizados e sumarizados em uma conclusão unificada e integrada sobre o problema da investigação. Propõe-se as seguintes etapas: redução de dados, exibição de dados, comparação de dados, desenho da conclusão e verificação.
Apresentação	Pode se dar em formatos diversificados. Detalhes explícitos das fontes primárias e as evidências que apoiam as conclusões precisam ser fornecidas para demonstrar uma cadeia lógica, permitindo que o leitor da revisão verifique se as conclusões da revisão apresentam coerência.

Fonte: Adaptado de Whittemore e Knafl (2005).

4.1.2 Momento pesquisa empírica

4.1.2.1 LOCAL DO ESTUDO E PARTICIPANTES

O cenário selecionado para realização deste estudo foi a APS do município de Florianópolis (SC), que possui aproximadamente 492.977 habitantes, de acordo com estimativas para o ano de 2018, do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2019).

A rede de serviços da APS atualmente conta com 86 equipes de saúde da família (eqSF), distribuídas em 49 centros de saúde (CNES, 2019). Esses serviços estão dispostos no território e agrupados em quatro distritos sanitários (centro, sul, norte e continente), cuja função é realizar a coordenação geral, apoiar e monitorar as ações de atenção primária em seus respectivos territórios com o apoio da Diretoria de Atenção Primária em saúde (DAPS) e demais setores do nível central da SMS.

A APS de Florianópolis está organizada segundo o modelo da ESF, onde as eqSF assumem a responsabilidade pelo acompanhamento, coordenação do cuidado e regulação do acesso aos serviços especializados (FLORIANÓPOLIS, 2014).

Nesse amplo cenário, a determinação dos sujeitos envolvidos, bem como a escolha do melhor local para a obtenção dos dados foi determinado ao longo de todo o processo de pesquisa, baseando-se em conceitos que foram emergindo durante o processo de coleta inicial e concomitante à análise, colaborando para a construção da teoria (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Considerando o exposto, a seleção inicial dos participantes ocorreu intencionalmente e de forma indutiva, considerando a experiência e conhecimento com relação ao fenômeno, conforme orienta a TFD. A formação dos demais grupos fica na dependência das hipóteses geradas a partir das análises sucessivas que são realizadas, com o objetivo de ao respondê-las, tornar mais densa as categorias que compõem a teoria em construção (FLICK, 2009).

O primeiro grupo amostral constituiu-se de 19 trabalhadores da equipe básica da APS, entre eles: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Para este primeiro grupo, definiu-se como critérios de inclusão ser médico, enfermeiro, técnico de enfermagem ou agente comunitário de saúde atuante na APS do município há pelo menos 1 ano, estar inserido em um centro de saúde localizado no Distrito Sanitário escolhido para o estudo e, como critério de exclusão estar em licença médica, férias ou em afastamento de qualquer natureza no período da coleta dos dados. As entrevistas foram codificadas com a letra “G” referindo-se a palavra “Grupo” e “A” referindo-se ao primeiro grupo amostral, posteriormente enumeradas sucessivamente, para zelar pelo anonimato dos entrevistados (GA1, GA2, GA3).

Após a análise dos dados deste primeiro grupo amostral evidenciou-se a hipótese de que a gestão do cuidado na APS concretiza-se no cotidiano do trabalho, a partir do encontro entre os sujeitos e conta

com o apoio de outros profissionais, em especial, os especialistas do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). O Quadro 5 a seguir, apresenta o perfil dos participantes deste primeiro grupo amostral.

Quadro 5 – Perfil dos participantes da pesquisa do 1º grupo amostral

Perfil dos participantes da pesquisa		
Característica		n
Sexo	Feminino	15
	Masculino	04
Idade	20 a 30 anos	02
	31 a 40 anos	13
	41 a 50 anos	01
	51 a 60 anos	03
	61 anos ou mais	00
Escola de Formação*	Pública	10
	Privada	03
Categoria Profissional	Médico	05
	Enfermeiro	08
	Téc.Enfermagem	02
	ACS	04
Pós-graduação*	Sim	13
	Não	00
Tempo de formatura*	Menos que 5 anos	01
	Entre 5 e 10 anos	03
	Mais que 10 anos	09
Tempo de atuação na ESF	Menos que 5 anos	06
	Entre 5 e 10 anos	05
	Mais que 10 anos	08
Tempo de atuação no município de Florianópolis	Menos que 5 anos	09
	Entre 5 e 10 anos	05
	Mais que 10 anos	05

*Dados relativos aos profissionais de nível superior

Dessa forma, constituiu-se o segundo grupo amostral, composto por 10 trabalhadores do NASF. Para este grupo, definiu-se como critério de inclusão estar vinculado à equipe do distrito sanitário escolhido e ter desenvolvido suas atividades no município há pelo menos 1 ano e, como critérios de exclusão, estar em licença médica, férias ou em afastamento de qualquer natureza no período da coleta dos dados. As entrevistas foram codificadas com a letra “G” referindo-se a palavra “Grupo” e “B” referindo-se ao segundo grupo amostral, posteriormente enumeradas sucessivamente, para zelar pelo anonimato dos entrevistados (GB1, GB2, GB3).

O objetivo das entrevistas deste grupo foi compreender o significado da gestão do cuidado na APS sob a perspectiva destes trabalhadores e também como se dava a articulação com a equipe básica de saúde, no que se refere a gestão do cuidado.

O Quadro 6 apresenta o perfil dos participantes deste segundo grupo amostral.

Quadro 6 – Perfil dos participantes da pesquisa do 2º grupo amostral

Perfil dos participantes da pesquisa		
Característica		n
Sexo	Feminino	09
	Masculino	01
Idade	20 a 30 anos	00
	31 a 40 anos	04
	41 a 50 anos	05
	51 a 60 anos	01
	61 anos ou mais	00
Escola de Formação	Pública	08
	Privada	02
Categoria Profissional	Nutricionista	01
	Assistente Social	02
	Educador Físico	01
	Pediatra	02
	Fisioterapeuta	01
	Psicóloga	02
	Farmacêutico	01
Pós-graduação	Sim	10
	Não	00
Tempo de formatura	Menos que 5 anos	01
	Entre 5 e 10 anos	03
	Mais que 10 anos	09
Tempo de atuação na atual função	Menos que 5 anos	00
	Entre 5 e 10 anos	09
	Mais que 10 anos	01
Tempo de atuação no município de Florianópolis	Menos que 5 anos	00
	Entre 5 e 10 anos	09
	Mais que 10 anos	01

O terceiro grupo amostral constituiu-se de quatro trabalhadores de nível superior lotados no Distrito Sanitário escolhido para o estudo. Foram empregados os mesmos critérios de inclusão e exclusão dos grupos amostrais anteriores. As entrevistas foram codificadas com a letra “G” referindo-se a palavra “Grupo” e “C” referindo-se ao terceiro

grupo amostral, posteriormente enumeradas sucessivamente, para zelar pelo anonimato dos entrevistados (GC1, GC2, GC3).

O Distrito Sanitário incluído na pesquisa foi escolhido, considerando a última avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAq), ocorrido em 2014, em que 61% das equipes avaliadas obtiveram a certificação “muito acima da média”. Destaca-se que o PMAq tem como objetivo impulsionar a ampliação do acesso e a melhoria da qualidade da atenção básica, no intuito de permitir maior transparência e efetividade das ações governamentais direcionadas à Atenção Básica (BRASIL, 2015).

Utilizar a certificação do PMAq como critério para inclusão dos participantes no estudo, justifica-se por entender que este processo avaliativo federal utiliza critérios relevantes a gestão do cuidado como o perfil das equipes, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, infraestrutura e equipamentos, entre outros, como ilustra o Quadro 7, a seguir:

Quadro 7 - Dimensões e subdimensões do instrumento de certificação das equipes de atenção básica.

Unidade de Análise	Dimensão	Subdimensão
Gestão	Gestão Municipal	Implantação e implementação da atenção básica do município
		Organização e integração da rede de atenção à saúde
		Gestão do trabalho
		Participação, controle social e satisfação do usuário
	Coordenação da Atenção Básica	Apoio Institucional
		Educação Permanente
		Gestão do monitoramento e avaliação
	Unidade Básica de Saúde	Infraestrutura e equipamentos
		Insumos, imunobiológicos e medicamentos
	Equipes	Perfil, processo de trabalho e atenção à saúde
Organização do processo de trabalho		
Atenção Integral à Saúde		
Participação, controle social e satisfação do usuário		

Fonte: BRASIL (2012b, p.53).

O objetivo das entrevistas deste grupo foi compreender o significado da gestão do cuidado realizada na APS, sob a perspectiva destes trabalhadores, no intuito de densificar as categorias emergentes, a partir da análise dos dados coletados anteriormente, bem como entender como se dava a articulação com a equipe básica de saúde e a gestão municipal, no que se refere à gestão do cuidado.

O Quadro 8 a seguir, apresenta o perfil dos participantes deste terceiro grupo amostral.

Quadro 8 – Perfil dos participantes da pesquisa do 3º grupo amostral

Perfil dos participantes da pesquisa		
Característica		n
Sexo	Feminino	03
	Masculino	01
Idade	20 a 30 anos	00
	31 a 40 anos	04
	41 a 50 anos	00
	51 a 60 anos	00
	61 anos ou mais	00
Escola de Formação	Pública	03
	Privada	01
Pós-graduação	Sim	04
	Não	00
Tempo de formatura	Menos que 5 anos	00
	Entre 5 e 10 anos	01
	Mais que 10 anos	03
Tempo de atuação na atual função	Menos que 5 anos	03
	Entre 5 e 10 anos	01
	Mais que 10 anos	00
Tempo de atuação no município de Florianópolis	Menos que 5 anos	00
	Entre 5 e 10 anos	01
	Mais que 10 anos	03

O quarto grupo amostral constituiu-se de quatro trabalhadores de nível superior lotados na Secretaria Municipal de Saúde, envolvidos diretamente com a APS. Foram empregados os mesmos critérios de inclusão e exclusão dos grupos amostrais anteriores. As entrevistas foram codificadas com a letra “G” referindo-se a palavra “Grupo” e “D” referindo-se ao quarto grupo amostral, posteriormente enumeradas sucessivamente, para zelar pelo anonimato dos entrevistados (GD1,

GD2, GD3).

Do mesmo modo que os demais grupos amostrais, as entrevistas para este grupo buscavam compreender o significado da gestão do cuidado na APS, bem como esclarecer a relação estabelecida com os demais setores da gestão, e o papel desempenhado no desenvolvimento da gestão do cuidado.

O Quadro 9 a seguir, apresenta o perfil dos participantes deste quarto grupo amostral.

Quadro 9 – Perfil dos participantes da pesquisa do 4º grupo amostral

Perfil dos participantes da pesquisa		
Característica		n
Sexo	Feminino	03
	Masculino	01
Idade	20 a 30 anos	00
	31 a 40 anos	02
	41 a 50 anos	02
	51 a 60 anos	00
	61 anos ou mais	00
Escola de Formação*	Pública	03
	Privada	01
Pós-graduação*	Sim	04
	Não	00
	Menos que 5 anos	00
Tempo de formatura*	Entre 5 e 10 anos	00
	Mais que 10 anos	04
Tempo de atuação na atual função	Menos que 5 anos	03
	Entre 5 e 10 anos	01
	Mais que 10 anos	00
Tempo de atuação no município de Florianópolis	Menos que 5 anos	00
	Entre 5 e 10 anos	00
	Mais que 10 anos	04

Com o final da coleta e análise dos dados deste quarto grupo

amostral, entendeu-se que as categorias já haviam alcançado a saturação, de maneira que o fenômeno se apresentava bem fundamentado e sustentado pelas categorias emergentes. A saturação das categorias se dá quando a coleta de dados novos não mais desperta novos *insights* e tampouco revela novas propriedades. Destaca-se que não é a mesma coisa que verificar a repetição dos mesmos eventos, relaciona-se ao fato de que ao coletar e analisar os dados, identifica-se os mesmos padrões (CHARMAZ, 2009; 2014).

Dessa forma, de acordo com Minayo (2017) uma amostra ideal é aquela que reflete em quantidade e intensidade, as múltiplas dimensões do fenômeno, bem como a qualidade das ações e das interações do processo.

Considerando o exposto, deu-se por encerrada a etapa de coleta de dados.

4.1.2.2 COLETA DE DADOS

A coleta dos dados ocorreu de janeiro de 2017 a novembro de 2018, por meio da entrevista semiestruturada (Apêndice A e B), a partir de uma proposta intensiva, conforme orienta Charmaz (2009; 2014).

A entrevista intensiva promove a interpretação detalhada do participante sobre sua experiência. Para isso, as perguntas utilizadas são empregadas de forma ampla, aberta e não valorativa. Permitindo que participante reflita e descreva suas experiências (CHARMAZ, 2009)

Para registrar as entrevistas, garantir a fidedignidade dos discursos e possibilitar a posterior análise foi utilizado um gravador para registro digital dos depoimentos. As gravações obtidas foram armazenadas em formato Mp3 e transcritas na íntegra, utilizando o *Microsoft® Office Word*. Após os arquivos foram transferidos para o *Software NVivo®11*, adquirido, exclusivamente, para fins desta pesquisa, e em seguida, os dados foram analisados e codificados.

As entrevistas foram realizadas individualmente no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes da pesquisa, resguardando a confidencialidade, e versaram sobre a compreensão, percepção e significado do profissional acerca da gestão do cuidado em saúde na APS.

4.1.2.3 ANÁLISE DOS DADOS

A TFD propõe que a coleta e a análise ou codificação ocorram em sequências alternativas, de modo que a análise inicie tão logo o pesquisador tenha começado a sua coleta de dados, de forma a conduzir o percurso da pesquisa. Consiste em um processo de fluxo livre e criativo, numa constante comparação de dados com dados e dados com códigos (CHARMAZ, 2009; 2014). A codificação é o elo fundamental entre a coleta dos dados e o desenvolvimento de uma teoria emergente para explicar esses dados (CHARMAZ, 2009; 2014).

A vertente construtivista, utilizada nesta pesquisa, considera que a teoria é uma construção recíproca entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (SANTOS *et al*, 2018), configurando-se, portanto, em uma construção coletiva e que responde fortemente à tradição interpretativa (LEITE, 2015).

O processo de codificação e análise consistiu em dividir, conceituar e relacionar os dados por meio de duas etapas interdependentes, conforme orienta Charmaz (2009; 2014):

Na primeira etapa, denominada *Codificação Inicial*, os dados foram analisados linha a linha, segmento por segmento, buscando por *insights* analíticos que descrevessem eventos ou ações. As linhas ou trechos foram então codificados com palavras que refletiam uma ação. Dessa forma, aos códigos, foi aplicado o verbo no gerúndio.

Esse processo de codificação consiste em uma classificação dos dados, numa perspectiva interativa, a partir das ações e compreensões do pesquisador, que escolhe as palavras que deverão constituir os códigos, numa tentativa de compreender as opiniões e atitudes dos participantes.

Esse processo inicial de análise permite ao pesquisador um despertar de pensamento, permitindo o surgimento de novas ideias, bem como identificar as áreas nas quais faltam dados e assim auxiliar no processo de condução das entrevistas posteriores. Dessa forma, as categorias foram surgindo, na medida em que se buscava esclarecer os códigos, reforça-los ou densificá-los.

Ressalta-se que o processo de coleta e análise dos dados ocorreu concomitantemente, ou seja, o processo de codificação inicial teve início após a realização da primeira entrevista.

Na segunda etapa, denominada *codificação focalizada e seletiva*, os códigos gerados na etapa inicial e que se apresentavam mais significados para a compreensão do fenômeno, foram classificados e organizados, sempre de forma comparativa, evoluindo para a elaboração de conceitos, que posteriormente constituíram o fenômeno emergente.

No processo de elaboração da teoria fundamentada propõe-se a utilização de outras estratégias de registro e análise, que começam com a análise inicial e evoluem durante todo o processo de pesquisa. Os memorandos são registros do processo de pesquisa, das considerações e dos sentimentos do pesquisador, considerando que no final da pesquisa é quase que impossível a reconstrução de diversos detalhes, sem a realização destes registros durante o processo. Podem variar quanto ao tipo e ao formato, como notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais, notas de observação, entre outras (CHARMAZ, 2009; 2014). Tem como objetivo principal, apoiar o pesquisador nas suas reflexões sobre a teoria em construção e não se propõe a divulgação, por isso, configuram-se como uma produção livre (LEITE, 2015).

A Figura 1 a seguir, apresenta um exemplo de memorando elaborado durante a pesquisa, com o auxílio do *Software NVivo® 11*.

Figura 1 – Exemplo de Memorando elaborado pelo autor

The screenshot displays the NVivo 11 interface. The main window shows a memo titled "Considerações sobre acesso" with the following text:

Somos sujeitos cuidando de outros sujeitos. Sujeitos com angústias, com medos, com problemas pessoais, com problemas no casamento, com problemas com os filhos. Abstrair-se de si configura-se ao mesmo tempo como uma estratégia importante para a gestão do cuidado no sentido de evitar interferências subjetivas, mas também configura-se como uma prática difícil. Faz-se necessário um distanciamento do seu eu, para vislumbrar a realidade do outro, e numa postura de empatia atuar para o cuidado.

The interface also shows a list of memos on the left, a search bar, and various software controls.

Nome	Nós	Referên
Abstrair-se de si	0	0
Absença coletiva	0	0
Apoio material regulado	0	0
Autonomia familiar	0	0
Busca ativa	0	0
Compartilhando decisões com a equipe	0	0
Considerações sobre acesso	0	0
Definição parceria no trabalho	0	0
Empatia x vínculo x equidade	0	0
Equidade	0	0
Erro da gestão	0	0
Espaços para a gestão do cuidado	0	0
Experiências pessoais interferem no cuidado d	0	0
Felicidade x autonomia x reconhecimento	0	0
Fotografia como estratégia para a gestão do c	0	0
Gestão do cuidado na recepção	0	0
Interconsulta	0	0
NASF	0	0
Planejamento de ações - priorizando atendim	0	0

A partir da integração ordenada das dimensões, e do diálogo com a literatura científica e outros referenciais de suporte, realizou-se a elaboração teórica, ou seja, a construção da teoria relativa ao fenômeno em estudo: GERENCIANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO

PRIMÁRIA EM SAÚDE.

O fenômeno foi então apresentado com suas dimensões, subdimensões e eixos a partir de um diagrama, capaz de representar o Modelo Teórico-Explicativo sobre a Gestão do Cuidado na APS. Evoluiu-se, posteriormente, para a etapa de validação. O processo de validação pode ocorrer de diferentes formas e empregar diferentes estratégias. Trata-se de uma etapa importante da pesquisa na TFD, uma vez que permite analisar a pertinência e representatividade do estudo em relação do fenômeno investigado (ADAMY *et al.*, 2018).

Para validação do Modelo foram convidados a participar do processo nove profissionais de nível superior, que atualmente desenvolvem suas atividades no âmbito da APS, nos estados de Santa Catarina e Rio Grande do Sul.

Todos os nove profissionais, entre eles quatro médicos de família e comunidade e cinco enfermeiros, receberam o material por meio eletrônico. No material constava o Modelo Teórico-Explicativo sobre a Gestão do cuidado na APS emergente nesta pesquisa, e uma pequena apresentação das dimensões, subdimensões e eixos (Apêndice C).

Dos nove profissionais, obteve-se resposta de oito. Os validadores apresentaram suas considerações de diferentes formas, alguns encaminharam documentos por escrito via e-mail, outros enviaram gravações de áudio por intermédio do aplicativo gratuito para *smartphone Whatsapp* e outros ainda realizaram suas considerações pessoalmente. Todos os profissionais são especialistas na área, sendo que quatro possuem Mestrado Acadêmico e destes, dois em processo de doutoramento.

O modelo foi aprovado por todos os profissionais, tendo sido considerado aplicável, abrangente e capaz de contribuir com a gestão do cuidado na APS. Algumas sugestões estruturais e mudanças de terminologia foram realizadas.

4.1.2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Para assegurar e valorizar uma condução ética durante todo o processo desta pesquisa, foram respeitadas as orientações e disposições da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, na qual estão descritas as diretrizes e normas que regulamentam os processos investigativos que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012a).

O projeto desta pesquisa foi submetido à avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSC, recebendo

aparecer favorável para a sua implementação em 24 de outubro de 2016, respondendo pelo registro CAEE nº 59833916.1.0000.0121 (ANEXO A). Além disso, o projeto também foi submetido à avaliação da Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública de Florianópolis, tendo recebido autorização para a sua implementação em agosto de 2016 (ANEXO B).

Aos sujeitos de pesquisa foi solicitado a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice D), posteriormente à apresentação dos objetivos e metodologia a ser utilizada. Neste momento, os participantes foram também informados:

- a) Sobre a garantia do direito de sua privacidade e anonimato;
- b) Sobre a garantia e anonimato do seu local de trabalho;
- c) Sobre a garantia de que não haveria exposição pública de sua pessoa ou de suas informações em nenhum momento da pesquisa;
- d) Sobre a sua liberdade de participação;
- e) Sobre o seu direito de desistência em qualquer momento da pesquisa;
- f) Sobre os riscos a que estariam expostos com a participação (riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e à prática do trabalho);
- g) Sobre o uso dos dados deste estudo para fins exclusivamente acadêmico-científicos no âmbito da Saúde e da Enfermagem;
- h) Sobre os benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e discussão deste estudo, estão apresentados no formato de três manuscritos, conforme estabelece a Instrução Normativa 01/PEN/2016, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), que dispõe sobre a apresentação final de trabalhos de conclusão de Curso de Mestrado e Doutorado em Enfermagem.

O manuscrito 1 intitulado: **Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde: uma revisão integrativa da literatura**. Teve como objetivo: Analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional e corresponde ao primeiro objetivo da Tese.

O manuscrito 2 intitulado: **Gestão do cuidado na Atenção Primária em Saúde: uma teoria fundamentada nos dados construtivista**, teve como objetivo: construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado na atenção primária, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam neste contexto, e corresponde ao segundo objetivo da Tese.

O manuscrito 3 intitulado: **Uma dimensão relacional da gestão do cuidado na atenção primária em saúde**, teve como objetivo: Compreender a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde, a partir da dimensão relacional, na qual a produção do cuidado em rede e o protagonismo dos trabalhadores e dos usuários tomam papel central e corresponde ao terceiro objetivo da Tese.

5.1 MANUSCRITO 1 - GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

RESUMO

Objetivo: Analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional. **Método:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura em seis bases de dados: SciELO, PUBMED, LILACS, BdEnf, IBECS e CINAHL. Foi realizada busca pela associação de termos livres: “*gestão do cuidado*”, “*gestion del cuidado*” e “*care management*”; e termos controlados: “*atenção primária à saúde*”, “*primary health care*”, “*atencion primaria de salud*”, “*manejo de atencion al paciente*” e “*patient care management*”. Incluíram-se artigos de pesquisa, em inglês, português e espanhol, sem restrição temporal. No total foram analisados 15 artigos, a partir de uma perspectiva qualitativa e com o suporte do software NVivo® 11. **Resultados:** A gestão do cuidado na atenção primária em saúde significa um conjunto de ações de apoio social, clínico-terapêuticas e de responsabilidade da macro, meso e microgestão no âmbito organizacional, político-institucional e pessoal. Estas ações são influenciadas pela concepção de saúde dos sujeitos e por barreiras relacionadas aos profissionais e aos serviços de saúde. **Conclusão:** Identificou-se uma ampla gama de significados e usos do termo. As práticas de gestão do cuidado na atenção primária não são exclusivas de uma única categoria profissional e a incorporação delas se dá no plano individual, dentro dos sistemas de saúde e também fora deste.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Gestão do Cuidado; Revisão Integrativa.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à saúde (APS) tem sido entendida como uma importante estrutura para a organização dos sistemas de saúde e base para um novo modelo assistencial, (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012) considerando sua capacidade de adaptação aos diferentes contextos sociais, culturais e econômicos dos diferentes países. Entre os principais desafios postos, destacam-se: equipar os sistemas de saúde com profissionais adequadamente treinados e em quantidade suficiente,

para superar a fragmentação e segmentação; garantir a sustentabilidade financeira, melhorar a governança, a qualidade do atendimento e os sistemas de informação, reduzir as iniquidades em saúde, expandir a cobertura de forma a garantir a universalidade de acesso, superar uma infraestrutura precária e agregar uma cultura avaliativa, focalizada na qualidade do acesso e do cuidado em saúde (OSÓRIO; ÁLVAREZ, 2013).

A Declaração de Alma Ata, um dos mais importantes documentos sobre os cuidados de saúde primários, considera a APS como a responsável pela realização de cuidados essenciais, representando o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Configura-se, portanto, o primeiro elemento de um processo de assistência à saúde continuado. Para tanto, baseia-se em práticas, cientificamente fundamentadas, socialmente aceitáveis e universalmente disponibilizadas, mais proximamente possível aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham (OPAS, 2015).

Mais recentemente, a Declaração de Astana, documento adotado a partir da Conferência Global sobre Atenção Primária, realizada em outubro de 2018 no Cazaquistão, renova o compromisso firmado com a APS 40 anos atrás, reafirmando a necessidade de que as sociedades priorizem a proteção a saúde das pessoas, organizando serviços de modo que a atenção à saúde esteja disponível e acessível para todos, de forma qualificada, respeitosa, digna e principalmente, envolvendo as pessoas no processo de autocuidado. Para o enfrentamento dos desafios que se colocam propõe-se o empoderamento das pessoas para que se tornem responsáveis por sua própria saúde, o investimento em escolhas políticas audaciosas, onde a saúde pública e a APS estejam no centro da cobertura universal de saúde, bem como buscar pelo alinhamento do apoio de parceiros com políticas, estratégias e planos nacionais (OPAS, 2018).

Em alguns países europeus, a APS tem sido relacionada à serviços ambulatoriais, de primeiro contato, não especializados, integrados a um sistema universal de saúde, direcionado a resolver a maioria dos problemas de saúde da população. Estes incluem diferentes profissionais e um rol abrangente de ações preventivas e de serviços clínicos direcionados a toda a população (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2012). Diferentemente, em países periféricos como os da América Latina, a APS tem correspondido a programas seletivos, focalizados, com uma cesta restrita de serviços e de baixa resolutividade. A cobertura em geral é segmentada, coexistindo práticas diferenciadas com importantes desigualdades no acesso

(GIOVANELLA, 2008).

Nesse contexto, a gestão e o cuidado, considerados frequentemente em planos divergentes e distanciados, tem se tornado tema frequente nas agendas de políticas de saúde em quase todos os países. Apesar de estratégias diferentes, tem sido encontrado como eixo de planejamento para oferecer uma matriz de proteção social à saúde, que de acordo com comparações internacionais, tem exercido forte influência sobre a implementação de diferentes concepções de APS em diversos países (GIOVANELLA, 2008; MELO; MATTOS, 2018; UMPIÉRREZ; CABRERA, 2016).

A gestão do cuidado tem sido definida como a promoção das tecnologias de saúde que são singulares para cada pessoa em diferentes momentos da sua vida, que visam seu bem-estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz, efetivando-se a partir das dimensões individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária. (CECÍLIO, 2011), requisita a integração e corresponsabilização entre os sujeitos e entre as instituições, no intuito de compartilhar projetos terapêuticos, tendo o usuário como centro do cuidado (SANTOS, 2013), contribuindo para qualidade da atenção em saúde (SOL; VÁZQUEZ, 2010).

Ainda, a gestão do cuidado é entendida como o agenciamento de recursos, saberes, sujeitos e processos necessários às práticas do cuidado. Sob esta concepção, os trabalhadores, enquanto equipes, tornam-se protagonistas no modo de produzir o cuidado, uma vez que para a gestão do cuidado necessitam movimentar esforços, no caminho da organização, articulação do seu conhecimento teórico, disposição e vontade de querer fazer (MELO; MATOS, 2018).

Dessa forma, verifica-se a importância que a gestão do cuidado tem assumido na estruturação dos diferentes processos na APS. Entretanto, na literatura técnico-científica, o termo Gestão do Cuidado tem sido utilizado com distintas abordagens e concepções, apresentando-se de forma imprecisa e pouco clara (UMPIÉRREZ; CABRERA, 2016). Essa polissemia determina uma aparente variabilidade na compreensão da gestão do cuidado em toda a equipe (STWART; MACINTYRE, 2013), o que certamente desencadeia práticas e fazeres diversos entre os profissionais envolvidos no ato de cuidar.

Assim, buscando colaborar com o fortalecimento da APS, no que se refere à gestão do cuidado, este estudo se propôs a realizar um aprofundamento na literatura, buscando uma aproximação com o conhecimento produzido na área tendo como objetivo analisar o

significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional.

MÉTODO

A revisão de literatura tem como finalidade compreender profundamente um fenômeno, revisitando conhecimentos já existentes (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Optou-se pelo modelo da revisão integrativa (RI), por se tratar de um método amplo de revisão que permite a identificação do estado da ciência sobre determinado tema, a partir da busca, seleção e análise do conhecimento produzido. A RI tem potencial para contribuir para um abrangente retrato do tópico de interesse, proporcionar uma melhor compreensão do fenômeno e aumentar a profundidade e a amplitude das conclusões (SOARES *et al.*, 2014; CECILIO; OLIVEIRA, 2017; CROSSETTI, 2012; WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

O processo da RI foi conduzido seguindo-se os cinco passos metodológicos propostos por Whittmore e Knafl (2005), descritos a seguir.

1. Estágio da Identificação do problema

Considerando o tema escolhido, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: Qual o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional?

2. Estágio da Procura Literária

Como fonte de dados, foram selecionadas seis bases de dados: *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), Publisher Medline (PUBMED), Literatura Latino- Americana em Ciências da Saúde (LILACS), Base de dados de enfermagem (BDENF), Índice Bibliográfico Espanhol em Ciências da Saúde (IBECS) e *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Estas últimas quatro bases de dados foram acessadas por intermédio de agregadores de conteúdo: Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e *EBSCOHost*. A busca ocorreu em 02 de novembro de 2017.

As estratégias de busca foram definidas a partir da associação de termos livres: “*gestão do cuidado*”, “*gestion del cuidado*” e “*care management*”; e termos controlados do DECS (Descritores em Ciências

da Saúde) e MeSH (*Medical Subject Headings*): “atenção primária à saúde”, “primary health care”, “atencion primaria de salud”, “manejo de atencion al paciente” e “patient care management”. Para cada base de dados foi elaborada uma estratégia diferente de busca, especialmente, no que se refere aos seus limitadores. O Quadro 1 apresenta as estratégias de busca, nas respectivas bases de dados, filtros e a quantidade de artigos localizados. Não houve delimitação temporal.

Quadro 1 – Bases de dados, estratégias de busca, filtros e quantidade de artigos localizados. Florianópolis, Brasil, 2019

(continua)

Bases de dados	Estratégia de Busca	Limitadores ou Filtros	
SciELO	(("atenção primária à saúde") OR ("Primary Health Care") OR ("Atención Primaria de Salud")) AND (("gestão do cuidado") OR ("gestion del cuidado") OR ("Manejo de Atención al Paciente") OR ("Patient Care Management") OR ("Care Management"))	- Termos controlados e termos livres em todos os índices	52
Biblioteca Virtual em Saúde	tw:(("atenção primária à saúde") OR ("Primary Health Care") OR ("Atención Primaria de Salud")) AND (("gestão do cuidado") OR ("gestión del cuidado") OR ("Manejo de Atención al Paciente") OR ("Patient Care Management") OR ("Care Management")) AND (instance: "regional") AND (db:(("IBECS" OR "LILACS" OR "BDENF") AND type:("article")))	- Termos controlados e termos livres no título, resumo e assunto; - Tipo de documento artigo - Bases de Dados: Lilacs, Bdenf e IBECS	515

Quadro 1 - Bases de dados, estratégias de busca, filtros e quantidade de artigos localizados. Florianópolis, Brasil, 2019

(conclusão)

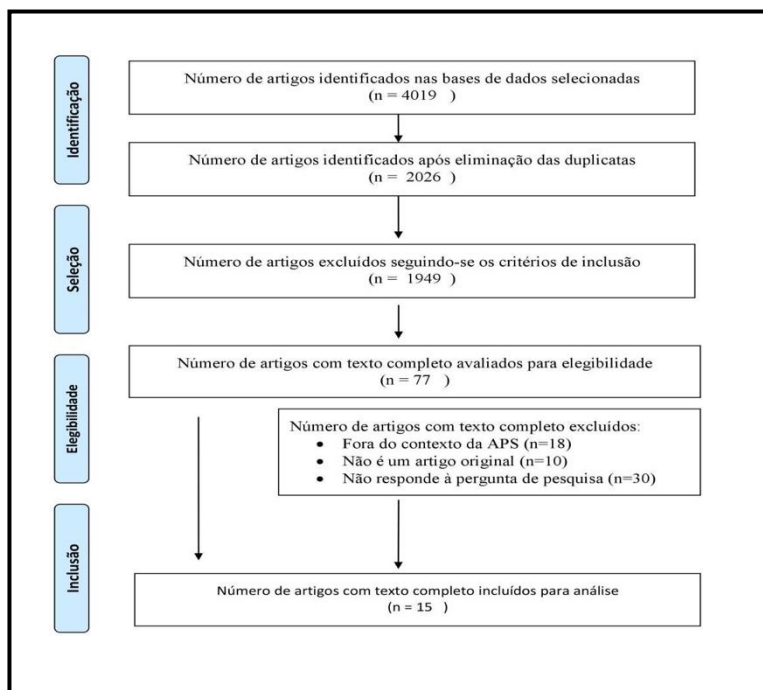
Bases de dados	Estratégia de Busca	Limitadores ou Filtros	
CINAHL	AB "atenção primária à saúde" OR AB "primary health care" OR AB "atencion primaria de salud" AND AB "gestão do cuidado" OR AB "gestion del cuidado" OR AB "Manejo de Atención al Paciente" OR AB "Patient Care Management" OR AB "Care Management"	- Termos controlados e termos livre no título; - Artigos de pesquisa; - Excluídos os registros do MEDLINE - Restrição a língua espanhola, inglesa e portuguesa.	2097
	TI "atenção primária à saúde" OR TI "primary health care" OR TI "atencion primaria de salud" AND TI "gestão do cuidado" OR TI "gestion del cuidado" OR TI "Manejo de Atención al Paciente" OR TI "Patient Care Management" OR TI "Care Management"	- Termos controlados e termos livre no título; - Artigos de pesquisa; - Excluídos os registros do MEDLINE - Restrição a língua espanhola, inglesa e portuguesa	1128
Pubmed	("primary health care"[All Fields] AND "patient care management"[All Fields]) AND "care management"[All Fields]	- Termos controlados em todos os campos	227
TOTAL			4019

Fonte: Elaborado para fins do presente estudo

Todos os 4019 artigos foram inseridos no gerenciador de

referências Mendeley® (*Elsevier*), o que facilitou a eliminação das referências em duplicata. Foram incluídos artigos de pesquisa, em inglês, português ou espanhol, que abordassem a gestão do cuidado no cenário da APS ou que a ela se relacionassem. Os trabalhos foram selecionados pela primeira autora, inicialmente pela leitura do título e resumo. Os artigos selecionados passaram por um segundo avaliador coautor, seguindo-se os mesmos critérios, que ratificou a inclusão/exclusão de artigos. Finalmente os artigos selecionados foram lidos na íntegra. O percurso percorrido para seleção dos artigos apresenta-se esquematizado na Figura 1.

Figura 1 – Fluxograma do processo de seleção dos artigos, Florianópolis, Brasil, 2019.



Fonte: Elaborado para fins do presente estudo

3. Estágio da Avaliação dos dados

Procedeu-se à leitura dos artigos selecionados, seguindo-se a

extração e organização dos dados relevantes por meio de um instrumento elaborado pelos pesquisadores, contendo as seguintes informações: autores, ano, título, periódico, país, objetivos, método, significados e considerações relevantes sobre a gestão do cuidado na APS. Os dados extraídos dos artigos foram encontrados na introdução, na apresentação e discussão ou ainda nas considerações finais dos textos. Em alguns casos, o significado da gestão do cuidado apresentado tratava-se do referencial teórico guia do estudo e, por isso, foi considerado.

4. Estágio da Análise dos dados

Os dados foram sistematicamente processados com apoio do software NVivo® versão 11 *for Windows* (QSR International), nos quais foram organizados tematicamente, a partir de uma perspectiva qualitativa.

5. Apresentação dos Resultados

O Quadro 2 apresenta a síntese dos estudos incluídos na revisão. O Quadro 3 apresenta os principais achados relacionados ao significado do termo gestão do cuidado no contexto da APS, permitindo uma visualização das informações obtidas de cada um dos estudos.

Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Florianópolis, Brasil, 2019.

(continua)

Artigo N°	Título	1° autor	Ano	País 1° autor
1	Conceptual structure of primary care competency for Thai primary care unit (PCU) nurses.	Nontapet, O	2008	Tailândia
2	The quasi-market revolution in the head: ideology, discourse, care management.	Carey, M	2008	Inglaterra

Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Florianópolis, Brasil, 2019.

(continuação)

Artigo N°	Título	1° autor	Ano	País 1° autor
3	Care management for depression in primary care practice: findings from the RESPECT- Depression trial.	Nutting, PA	2008	EUA
4	Should care managers for older adults be located in primary care? A randomized controlled trial.	Parsons, M	2012	Nova Zelândia
5	Fatores intervenientes na gerência do cuidado do enfermeiro: estudo descritivo	Fernande, MC	2013	Brasil
6	Care management in the twenty-first century Persistent challenges in implementation in the context of the emergence of self-care.	Stewart, A	2013	Inglaterra
7	Fatores associados a atenção domiciliar: subsídios a gestão do cuidado no âmbito do SUS	Pires, MRGM	2013	Brasil
8	Participación e salud y desarrollo territorial experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile	Jara, CEM	2015	Chile
9	Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud	Acuña, FA	2015	Chile

Quadro 2 - Síntese dos estudos incluídos na revisão. Florianópolis, Brasil, 2019.

(conclusão)

Artigo N°	Título	1º autor	Ano	País 1º autor
10	Gestão local de saúde em território de vulnerabilidade: motivações e racionalidades	Frutuoso, MFP	2015	Brasil
11	Provider perspectives on essential functions for care management in the collaborative treatment of hypertension: the P.A.R.T.N.E.R. framework.	Hussain, T	2015	EUA
12	Comparison of provider- and plan-based targeting strategies for disease Management.	Annis, AM	2015	EUA
13	Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil	Santos, AM	2016	Brasil
14	Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde	Coelho, APC	2016	Brasil
15	Physician and staff acceptance of care managers in primary care offices.	Malouin, JM	2017	EUA

Legenda: EUA= Estados Unidos da América; PCU= *Primary Care Unit*; SUS= Sistema Único de Saúde.

Quadro 3 – Principais significados atribuídos ao termo gestão do cuidado no contexto da Atenção Primária em Saúde. Florianópolis, Brasil, 2019.

(continua)

Artigo Nº	Dados extraídos
1	Indicada como uma das competências necessárias para enfermeiros tailandeses no contexto da APS, destacando os seguintes domínios: administração de recursos, gestão do ambiente de saúde, gestão do serviço, gestão da qualidade e gestão da informação.
2	Tem como objetivo avaliar as necessidades dos usuários, realizar avaliação financeira, construir planos de cuidados e reavaliar a implementação de serviços. Destaca-se ainda a ideologia dos profissionais, predominantemente, inspirada por fatores externos, notadamente legislação e política, como componente do processo de trabalho na gestão do cuidado.
3	Consiste em uma combinação de avaliação e monitoramento da condição do paciente, determinando preferências, barreiras e progresso; proporciona educação ao paciente e desenvolvimento de planos de tratamento e autogestão; coordena os cuidados aliado aos médicos de cuidados primários e especialistas e encoraja a aderência ao tratamento
4	Visa controlar o equilíbrio entre qualidade e custo. Objetivos: melhorar a qualidade do atendimento ao cliente, enfatizando a restauração da saúde, manutenção e aumento da continuidade dos cuidados; diminuir o custo do cuidado através da capacitação de clientes e famílias para maximizar as capacidades de autocuidado e evitar internações hospitalares; melhorar a satisfação do cliente, da enfermeira e do médico; reduzir a fragmentação de cuidados através da promoção de colaboração multidisciplinar e cuidados coordenados.
5	Compreendida como uma relação dialética entre o processo de trabalho, cuidar e o administrar. Ou seja, quando ocorre a articulação entre os saberes da gerência (ações de cuidado indireto) e do cuidado (ações de cuidado direto) viabilizando a existência de uma interface entre esses dois objetos na prática profissional do enfermeiro, cuja finalidade é proporcionar um cuidado sistematizado e de qualidade aos usuários dos serviços de enfermagem. Apresenta fatores dificultadores e facilitadores para a realização das ações de gerência do cuidado na ESF.

Quadro 3 - Principais significados atribuídos o termo gestão do cuidado no contexto da Atenção Primária em Saúde. Florianópolis, Brasil, 2019.

(continuação)

Artigo N°	Dados extraídos
6	Vista como parte integrante do processo de dois sistemas existentes que devem caminhar juntos e em uma parceria (serviços de saúde e assistência social), visando reduzir a duplicação e criar uma prestação de serviços sem descontinuidades, tanto a nível interprofissional quanto a nível interorganizacional; criar uma comunicação eficaz e ter clareza das funções de cada nível do sistema. Refere-se ao processo de avaliação de necessidades e serviços de coordenação para permitir que as pessoas continuem a viver em casa.
7	Forma com que o cuidar se revela e se organiza na interação entre sujeitos, capazes de subversões emancipatórias ou de imposições restritivas das liberdades humanas. Pode articular recursos e sujeitos nos níveis de atenção do sistema, contribuindo para um enfoque ampliado da clínica na organização dos serviços
8	Capacidade profissional e institucional de fornecer às pessoas condições, tendendo à obtenção de níveis crescentes de cuidados pessoais e familiares, que acompanham as necessidades do processo saúde-doença, substituindo, compensando ou reforçando a capacidade do sujeito; na prática significa adaptar a cadeia de valor para garantir ótima qualidade e gerenciar recursos para satisfazer as necessidades de uma maneira melhor, usando seu julgamento profissional.
9	Entendida como a aplicação do julgamento profissional no planejamento, organização, motivação e controle da prestação de cuidados, oportunos, seguros e abrangentes, para garantir a continuidade do cuidado e que são amparados por políticas e diretrizes estratégicas da instituição.
10	Obedece a racionalidades teórico- metodológicas produzidas a partir de um processo sócio histórico, em uma determinada época, que estabelece, para gestores, profissionais e usuários, formas de entender e intervir na saúde e na doença. Os contrastes das cidades trazem questões à produção da saúde e à gestão do cuidado em territórios de vulnerabilidade.

Quadro 3 - Principais significados atribuídos o termo gestão do cuidado no contexto da Atenção Primária em Saúde. Florianópolis, Brasil, 2019.

(conclusão)

Artigo Nº	Dados extraídos
11	Estratégia para melhorar o tratamento de doenças crônicas, que envolve cuidados não médicos, gestores que trabalham com pacientes entre encontros médicos, melhorar os cuidados clínicos, a coordenação dos cuidados e reduzir a utilização dos serviços de saúde. Apresenta a estrutura P.A.R.T.N.E.R que resume as funções de gestão de cuidados: manter parceria com pacientes, provedores e comunidade, organizar o acompanhamento dos cuidados, resolver barreira a adesão, acompanhar a resposta ao tratamento e o progresso, navegar pelo sistema de saúde com o paciente, educar o paciente, transmitir informações entre os pacientes e provedores.
12	Abordagem centrada no paciente para ajuda-lo e apoiá-lo na gestão das condições médicas, inclui a educação do paciente, estabelecimento de metas e o apoio a autogestão e suporte.
13	Relacionada com a gestão de redes de atenção, superpõe-se com noções de integralidade. O estudo apoiou-se em três dimensões que compõem a gestão do cuidado: profissional, organizacional e sistêmica, realizando uma releitura das dimensões do cuidado integral: político-institucional, organizacional e práticas.
14	Processo de cuidar se apresenta nas organizações de saúde, com destaque para a interação entre os envolvidos no processo. Propõe um modelo de gestão do cuidado para a Tuberculose, buscando por vínculo, acolhimento e responsabilização, com maior adesão ao tratamento. Visa fortalecer a organização dos serviços de saúde para melhorar o cuidado ao indivíduo doente, compartilhamento de responsabilidades, integração efetiva com a APS, garantindo acesso e continuidade do tratamento.
15	Aplicação da ciência, incentivos e informações para melhorar a prática médica e ajudar os consumidores e seus sistemas de apoio a se envolverem em processo colaborativo, destinado a gerenciar a assistência médica, social e as condições de saúde mental de forma mais eficaz. A gestão do cuidado apoia: infraestrutura, tomada de decisão, planejamento e coordenação das práticas.

Legenda: APS= Atenção Primária em Saúde; ESF= Estratégia Saúde da Família.

Da análise qualitativa, emergiram quatro categorias: Práticas de gestão do cuidado na APS, Componentes da organização do trabalho na gestão do cuidado APS, Ferramentas para a gestão do cuidado e Barreiras para a gestão do cuidado, que são apresentadas a seguir.

Práticas de gestão do cuidado na APS

As práticas de gestão do cuidado podem ser estruturadas em três subcategorias. A primeira refere-se às Ações de apoio social, na qual o profissional colabora no processo de articulação da rede, auxiliando no acesso a outros serviços clínicos e sociais, quando necessários, gerenciando o cuidado de enfermagem, especificamente, e providenciando encaminhamentos para especialidades, de modo a proporcionar atendimento coordenado e integral (HUSSAIN *et al.*, 2014; NONTAPET *et al.*, 2008; PARSONS *et al.*, 2012). Ainda dentro desta subcategoria é possível mencionar as práticas relacionadas às competências administrativas, como análise de documentos dos pacientes, construção de planos de cuidado, revisão dos serviços prestados, organização de sistemas de atendimento e avaliação financeira e da qualidade (CAREY, 2008; NONTAPET *et al.*, 2008).

A segunda subcategoria trata das Ações clínico-terapêuticas, desenvolvidas no encontro entre pacientes e profissionais. Entre as atividades pertinentes destacam-se entrevistar o usuário para identificar as suas necessidades, avaliar os sintomas referidos, aconselhá-lo quanto ao tratamento, discutir conjuntamente o plano de cuidados, fortalecê-lo para o autocuidado, rastrear a resposta e o progresso do tratamento, resolver barreiras de adesão e construir relações de cuidado confiáveis (NUTTING *et al.*, 2008; HUSSAIN *et al.*, 2014; MALOUM *et al.*, 2017; PARSONS *et al.*, 2012).

A terceira subcategoria congrega às Ações de responsabilidade da macro, meso e microgestão no âmbito organizacional, político-institucional e pessoal. No âmbito organizacional destacam-se as atividades operativas numa lógica de gestão e produção de serviço na rede de saúde (incentivo financeiro, trabalho multiprofissional, regulação dos encaminhamentos para especialistas, organização da APS como porta de entrada, organização da longitudinalidade do cuidado, entre outros). No âmbito político-institucional, emergem atividades que respondem pelo arcabouço legal para implementação de redes regionais (cobertura, estrutura física, ampliação do escopo do serviço de saúde, garantia de acesso aos demais níveis de atenção e garantia de acompanhamento do usuário em todos os níveis). No âmbito pessoal

estão incluídas as interações dos profissionais entre si e destes com os usuários (STWART; MACINTYRE, 2013; SANTOS; GIOAVANELLA, 2016).

Componentes da organização do trabalho na gestão do cuidado na APS

A gestão do cuidado constitui-se de elementos importantes, que associados garantem-na enquanto prática da APS. Nos dados analisados, identificou-se que a gestão do cuidado pressupõe a realização de atividades administrativas incluindo gestão de recursos humanos, gestão da qualidade, gestão das informações (NONTAPET *et al.*, 2008; PARSONS *et al.*, 2012, STWART; MACINTYRE, 2013, ACUÑA; MORAGA, 2015). Para tanto, há colaboração e compartilhamento de responsabilidades entre os diferentes profissionais, bem como a interação entre os mesmos (COELHO *et al.*, 2016). A organização do trabalho na gestão do cuidado na APS é dependente de comunicação efetiva entre os profissionais e destes com os pacientes (NUTTING *et al.*, 2008; COELHO *et al.*, 2016). Exige também competência profissional, que se relaciona com a experiência de trabalho, mas também à garantia de acesso, acolhimento e vínculo, e com a capacidade de incorporar um olhar mais integral do paciente (ACUÑA; MORAGA, 2015). Adiciona-se ainda elementos como ética, eficiência e eficácia, no sentido de individualizar o cuidado, focando-se no paciente, sua família e coletividades, com melhor uso de recursos disponíveis, seguindo princípios como a autonomia, beneficência e justiça (ACUÑA; MORAGA, 2015). A longitudinalidade (COELHO *et al.*, 2016) e a articulação comunitária, no sentido de compreender a dinamicidade dos serviços de saúde e o desenvolvimento endógeno do território (JARA; ANDRADE, 2015) foram mencionadas. As ideologias pessoais são citadas, influenciando posturas profissionais, na maioria das vezes determinada por fatores externos como questões políticas e a legislação vigente (CAREY, 2008).

Ferramentas para a gestão do cuidado

Algumas ferramentas utilizadas na gestão de cuidado foram identificadas. Os Instrumentos de classificação da demanda dos usuários auxiliam na definição de prioridades de atendimento, subsidiando a tomada de decisão da equipe sobre as prioridades e necessidades de cuidados no território. O apoio de profissionais especializados torna o

cuidado mais efetivo e eficiente, na medida em que possibilita aos profissionais maior nível de confiança para prosseguir no cuidado, em especial com pacientes difíceis, além de obter sugestões clínicas pertinentes. O uso de tecnologias de comunicação tais como o telefone ou o e-mail possibilitam o acompanhamento do usuário de forma remota, contínua e menos onerosa aos sistemas de saúde e os Protocolos clínicos e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), uma vez que ambos oferecem uma sequência de passos padronizados que contribuem na gestão do cuidado (CAREY, 2008; FERNANDES *et al.*, 2013; PIRES *et al.*, 2013; NUTTING *et al.*, 2008; ANNIS *et al.*, 2015).

Barreiras para a gestão do cuidado

Da análise dos artigos foi possível elencar alguns fatores que dificultam a gestão do cuidado, divididos em fatores relacionados aos profissionais e Fatores relacionados ao serviço de saúde.

Em relação aos profissionais, constatou-se que a prática curativista ainda persiste, havendo resistência às atividades de prevenção de doenças e de promoção da saúde (FERNANDESS *et al.*, 2013). Há falta de treinamento e experiência de trabalho (NUTTING *et al.*, 2008; ACÑA; MORAGA, 2015), bem como falta de aceitação do papel do gestor de cuidados e comunicação e compartilhamento de informações (STWART; MACiNTYRE, 2013).

Em relação aos serviços, conflitos ocorrem quando há diferentes entendimentos sobre a demanda apresentada pelo profissional gestor do cuidado e os profissionais do serviço (NUTTING *et al.*, 2008), uma vez que nem sempre o profissional do serviço de saúde é o mesmo que assume a função de gerir o cuidado. Há demanda excessiva de usuários para atendimento (FERNANDES *et al.*, 2013; STWART; MACiNTYRE, 2013) e estrutura organizacional do serviço desfavorável (FERNANDES *et al.*, 2013); falta de reembolso, falta de tempo e pressões de ordem financeira (STWART; MACiNTYRE, 2013).

DISCUSSÃO

Os artigos selecionados, foram publicados entre os anos de 2008 e 2017, tendo se destacado o ano de 2015, seguido pelo ano de 2013. Com relação ao país de origem do primeiro autor, o Brasil e os Estados Unidos sobressaíram-se, seguidos pelo Chile, Inglaterra, Nova Zelândia e Tailândia, destacando o continente americano com o maior número de

publicações.

Os resultados da revisão demonstraram que apesar do termo “Gestão do Cuidado” ser mencionado frequentemente nas publicações científicas, ele não tem sido objeto de estudo, no sentido de elucidar o seu significado. Há, ainda, pouca evidência do papel a exercer quando relacionado aos cuidados primários em saúde ou médicos de família (PARSONS *et al.*, 2012). Constata-se isso pelo grande número de artigos que inicialmente foram selecionados, por utilizarem no título ou no resumo essa terminologia (2026), mas que na sua maioria foram excluídos, após leitura na íntegra, por não atenderem ao requisito de contribuir para a consolidação do significado da Gestão do Cuidado. Além disso, observou-se confusão conceitual, na medida em que outros termos, como Coordenação do cuidado e Gestão de caso são empregados na literatura como sinônimos de Gestão do Cuidado.

Sistemas de saúde eficientes demandam comprometimento da sociedade, com a construção de mecanismos claros de inclusão, transparência, prestação de contas, participação multissetorial, diálogo, consenso entre os diferentes atores sociais, compromisso político firme e de longo prazo na formulação de políticas, legislações, regulamentações e estratégias voltadas ao acesso a serviços integrais, oportunos e de qualidade (OPAS/OMS, 2014).

Neste cenário, cada país precisa definir a maneira mais eficiente de organização do seu sistema de saúde, considerando seu contexto nacional, histórico, econômico e social (OPAS/OMS, 2014). Em diferentes sistemas de saúde, a gestão do cuidado tem sido considerada como relevante característica para a APS. Na Inglaterra, o *National Health Service* (NHS), de acesso universal e gratuito para todos os cidadãos e residentes, com financiamento predominantemente público (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2015), tem adotado o conceito para desenvolver ações junto a pessoas com condições crônicas. Ainda na década de 90, com a criação do “*Community Care Act*” houve mudanças na terminologia, sugerindo o uso de gestão do “cuidado” em substituição a gestão de “caso”, entendendo que se gerenciava o cuidado e não o caso (ROSS; TISSIER, 1997). No Brasil, a recente Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída em 2017, apresenta a APS como um espaço privilegiado de gestão do cuidado das pessoas (BRASIL, 2017).

As práticas de gestão do cuidado encontradas nesta revisão associam-se a ações no âmbito individual e no âmbito dos sistemas de saúde. No individual, relacionam-se a atos de conduta clínico-terapêuticas, pautadas no entrelaçamento da relação entre o profissional

e o paciente. Os momentos de encontro com o usuário sempre visam a produção do cuidado. Por isso, devem envolver ações de educação em saúde, produção de informações, aconselhamento, medidas de prevenção, tomada de decisões clínicas, diagnósticas e terapêuticas (PEREIRA; LUIZA; CRUZ, 2015) e serem guiados pela escuta, negociação, tomada de decisão compartilhada, com reconhecimento da singularidade de cada sujeito, respeitando a participação do usuário no processo decisório, no intuito de promover uma relação dialógica e contribuir para a continuidade do cuidado (SCHIMITH *et al.*, 2014).

No âmbito dos sistemas de saúde, emergem ações focalizadas no processo de articulação da rede, no sentido de auxiliar no acesso a outros serviços clínicos especializados e de suporte social, de modo a proporcionar atendimento coordenado e integral (HUSSAIN *et al.*, 2014; NONTAPET *et al.*, 2008; PARSONS *et al.*, 2012). Nessa ótica, a gestão do cuidado implica em integração e parceria do sistema de saúde e de assistência social, na tentativa de instituir uma prestação de serviços sem descontinuidades, tanto em nível interprofissional, quanto em nível interorganizacional (STWART; MACINTYRE, 2013). Em países cujos sistema de saúde são universais, tais como a Espanha, Inglaterra e o Brasil, o acesso aos serviços de saúde é garantido conforme a necessidade de seus usuários, e a APS configura-se como serviço de primeiro contato, de coordenação da atenção, exercendo a função de filtro para a utilização de serviços nos outros níveis (GIOVANELLA; STEGMÜLLER, 2015). Nesse sentido, a APS integra uma rede de serviços, cuja responsabilidade é conectar pessoas, saberes e práticas (ASSIS, 2015).

Outro aspecto relevante sobre a gestão do cuidado relaciona-se ao entendimento de que as intervenções que fazem uso de um profissional gestor do cuidado, são, em geral, menos caras, uma vez que as consultas com especialistas acabam por serem reservadas à pacientes com necessidades mais complexas ou com resistência ao tratamento, o que pode melhorar a qualidade do trabalho (SIMON *et al.*, 2009).

A literatura internacional demonstra que a gestão do cuidado não tem sido uma tarefa exclusiva de uma única categoria profissional, mas essa função pode ser desempenhada tanto por médicos, enfermeiros ou assistentes sociais (MALOUIN *et al.*, 2017; NUTTING *et al.*, 2008; EGGLETON; KENALY, 2009; PARSONS *et al.*, 2012; XING; GOEHRING; MANCUSO, 2015; ANNIS *et al.*, 2015). Estudo realizado na Inglaterra com enfermeiros e assistentes sociais que desempenhavam a função de gestor do cuidado, destacou como positivo a relação de trabalho estabelecida entre esses profissionais, no que se refere a

possibilidade de discussão de encaminhamentos e divisão de trabalho. Nesse sentido, reconheceu-se a experiência que o enfermeiro possuía em empreender avaliações físicas e a possibilidade de aprender mecanismos de referência da assistência social (ROSS; TISSIER, 1997).

No Brasil, a equipe básica, de constituição multiprofissional, assume a função de gestão do cuidado dos usuários adscritos em seu território (BRASIL, 2017). O cuidado é pensado e planejado de maneira a atingir diferentes necessidades, tanto no âmbito da promoção da saúde, quanto na prevenção da doença, monitoramento e acompanhamento das diversas condições de saúde. Em outros países, entretanto, o gestor do cuidado pode não estar diretamente vinculado aos serviços de saúde, podendo integrá-lo como parte de um programa de gestão do cuidado, como por exemplo o *Coordinator of Service for Elderly* na Nova Zelândia (PARSONS *et al.*, 2012) e *Mitchigan Primary Care Transformation Demonstration* nos Estados Unidos (MALOUIN *et al.*, 2017), cujo objeto de ação restringe-se a uma linha de cuidado para pacientes com doenças crônicas que necessitam de cuidados complexos, não fragmentados e coordenados, tais como os portadores de hipertensão, de diabetes, de condições de saúde mental e idosos (PARSONS *et al.*, 2012; WILLIAMS *et al.*, 2014, HUSSAIN *et al.*, 2014). De todo modo, em ambas as perspectivas se enfatiza a importância de se estabelecer estratégias de comunicação eficientes entre a equipe clínica e o gestor do cuidado, no intuito de manter o sistema consistente, coerente e resolutivo, bem como uma relação contínua com os pacientes (NUTTING *et al.*, 2008).

Nesta perspectiva, os dados demonstraram que algumas condutas e características pessoais, relativas aos profissionais de saúde, podem influenciar na gestão do cuidado. Para tanto, compreender o protagonismo dos profissionais e sua relação com a produção do cuidado, torna-se necessário, especialmente, porque as redes de cuidado, em geral, são resultado do esforço dos profissionais.

No momento em que os trabalhadores fazem investimentos afetivos na ideia de que cuidar é se responsabilizar, conduzir processo, facilitar o acesso, proporcionar conforto e proteção, criam-se redes. Um sistema de apoio capaz de garantir diferentes conexões, é reflexo da ação dos sujeitos envolvidos, profissionais e pacientes, nos seus atos de fala, escuta, gestos e, sobretudo, no desejo, motivação e na vontade de cuidar (FRANCO, 2015).

Ademais, para tornar-se centro da atenção e da gestão, além de considerar o sujeito na sua singularidade, cabe ponderar seu contexto coletivo e social, inserido em uma determinada realidade, com desejos e

aspirações, respeitando suas crenças e valores, sem desprezar a clínica, a epidemiologia, a razão e a subjetividade (ASSIS *et al.*, 2010; ASSIS *et al.*, 2012).

A gestão do cuidado envolve o planejamento, a programação, a coordenação e monitoramento dos serviços de forma a atender as necessidades dos seus usuários (MEIRELLES *et al.*, 2007; BARRÊTO *et al.*, 2012). Assim, o modo como são conduzidos os processos de gestão do cuidado pode fortalecer ou fragilizar a organização dos serviços (MEIRELLES, 2007; BARRÊTO *et al.*, 2012). Estudo realizado por Silva e Romano (2015) revelou essa fragilidade relacionada, principalmente, à conformação, postura e envolvimento dos profissionais na realização do acolhimento, com consequente dificuldade na incorporação dos conceitos de longitudinalidade e coordenação do cuidado. Em contraponto, a gestão eficaz dos cuidados é essencial para o trabalho em saúde florescer (STWART; MACINTYRE, 2013).

Esta revisão ressalta a relevância de se propor parâmetros conceituais para definir a que se refere a Gestão do Cuidado na APS. O cotidiano de trabalho em saúde e suas tecnologias podem se constituir em instrumentos de análise da gestão do cuidado, pois permitem o planejamento de ações a serem implementadas pela equipe de saúde, possibilitam a identificação de ruídos, potencialidades e limites, presentes na malha progressiva de cuidado à saúde. Dessa forma, faz-se necessário superar o distanciamento entre o discurso e a prática, isso porque, embora esses dispositivos tenham reconhecimento na literatura, ainda se efetivam com fragilidade no cuidado à saúde (FERREIRA *et al.*, 2009; BARRÊTO *et al.*, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão integrativa da literatura científica identificou uma ampla gama de significados e usos do termo Gestão do cuidado no contexto da atenção primária.

A incorporação de práticas de gestão do cuidado na atenção primária não é exclusiva de uma única categoria profissional e se dá por meio de apoio social, ações clínico-terapêuticas e da gestão organizacional. A gestão do cuidado transita desde o plano individual, no qual o protagonista é o sujeito a ser cuidado, até extrapolar o próprio sistema de saúde, pela busca da consolidação das redes de atenção.

A gestão do cuidado possui elementos importantes, que devem estar associados para garantir sua viabilidade. Nesse sentido, destaca-se

a necessidade de competência profissional, boa comunicação, atitude colaborativa, senso de responsabilidade, capacidade de articulação comunitária e a incorporação de um olhar mais integral ao paciente e suas demandas.

Sugere-se maior aprofundamento a partir de estudos que objetivem esclarecer o modo como as diferentes concepções e os significados atribuídos para Gestão do cuidado interferem na organização dos serviços de saúde, no enfrentamento individual e coletivo dos problemas de saúde da população e na melhoria das condições de vida e saúde das pessoas.

REFERÊNCIAS

ACUNA, F.A; MORAGA, R.M. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 21, n. 3, 2015, p.73-85. Disponível em:

https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000300007&lng=es&nrm=iso. Acessado em: Feb. 2019.

ANNIS, A.M. *et al.* Comparison of provider and plan-based targeting strategies for disease management. **Am J Manag Care.**, v.21, n.5, 2015, p.344-51. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26167701>. Acessado em: Fev. 2019.

ASSIS, M.M.A. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Edufba, 2010. 182p.

ASSIS, M.M.A. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária à saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. *In*: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 45-64.

ASSIS, E.G. *et al.* A coordenação da assistência no controle da tuberculose. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, 2012, p. 111-118. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000100015&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2018.

BARRÊTO, A.J.R. *et al.* Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, 2012, p. 1875-84. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF, 21 set. 2017.

Disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em: nov. 2018.

CAREY, M. The Quasi-Market Revolution in the Head Ideology, Discourse, Care Management. **Journal of Social Work**, v.8, n.4, 2008, p. 341-62. Disponível em:

<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.853.7379&rep=rep1&type=pdf>. Acessado em: Fev. 2019.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, 2011, p. 589-99.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

CECILIO, H.P.M; OLIVEIRA, D.C. Modelos de revisão integrativa: discussão na pesquisa em Enfermagem. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, 2017, p.764-72. Disponível em:

<https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1272> Acessado em: Fev. 2019

COELHO, A.P.C. *et al.* Gestão do cuidado da tuberculose: integrando um hospital de ensino à atenção primária à saúde. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 2, 2016, p.1-7. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072016000200318&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

CROSSETTI, M.G.O. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido. **Rev Gaúcha Enferm.**, v.33, n.2, 2012, p.8-9. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/94920>. Acessado em: fev, 2019.

EGGLETON, K; KENEALY, T. What makes Care Plus effective in a provincial Primary Health Organisation? Perceptions of primary care workers. **J Prim Health Care**, v.1, n.3, 2009, p.190-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20690382>. Acessado em: Fev. 2019.

FERNANDES, M.C. *et al.* Factors involved in the management of nursing care: a descriptive study. **Online braz j nurs** [Internet], v.12, n.2, 2013, p.522-33. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4081/html>. Acessado em: Fev. 2019.

FERREIRA, V.S.C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009, p. 898-906. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000400021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2018.

FRANCO, T.B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. *In*: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p.261-275.

GIOVANELLA, L. Atenção Primária à Saúde seletiva ou abrangente? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, supl. 1, 2008, p. s21-s23. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300005. Acesso em: Fev. 2015.

GIOVANELLA, L; STEGMÜLLER, K. Tendências de reformas da Atenção Primária à Saúde em países europeus. *In*: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org). **Atenção Primária à Saúde na**

coordenação do cuidado em regiões de saúde. Salvador: EDUFBA, 2015

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. de. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados? Rio de Janeiro: CEBES, 2012. 71p. Disponível em: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf> Acessado em: Jan. 2015.

HUSSAIN, T. *et al.* Provider perspectives on essential functions for care management in the collaborative treatment of hypertension: the P.A.R.T.N.E.R. framework. **J Gen Intern Med.**, v.30, n.4, 2014, p.454-61. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25515136>. Acessado em: Fev. 2019.

JARA, C.E.M; ANDRADE, M.C.T. Participación en salud y desarrollo territorial: experiencia sanitaria en una comuna del sur de Chile. **Cienc. enferm.**, Concepción, v. 21, n. 1, 2015, p.115-25. Disponível em: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532015000100011. Acessado em: fev. 2019.

MALOUIN, J. M. *et al.* Physician and Staff Acceptance of Care Managers in Primary Care Offices. **J Am Board Fam Med.**, v.30, n.2, 2017, p.140-49. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28379820>. Acessado em: Fev. 2019.

MELO, E; MATTOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? *In:* MENDONÇA, M.H.M. *et al.* **Atenção Primária à saúde no Brasil:** Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 95-116.

MEIRELES, V.C. *et al.* Características dos idosos em área de abrangência do programa saúde da família na região noroeste do Paraná: contribuições para a gestão do cuidado em enfermagem. **Saúde soc.**, São Paulo, v. 16, n. 1, 2007, p. 69-80. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902007000100007&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2018.

NONTAPET, O. *et al.* Conceptual Structure of Primary Care Competency for Thai Primary Care Unit (PCU) Nurses. **Thai J Nurs Res**, v.12, n.3, 2008, p.195-206. Disponível em: https://www.researchgate.net/profile/Sang-arun-Isaramalai/publication/216885388_Conceptual_Structure_of_Primary_Care_Competency_for_Thai_Primary_Care_Unit_PCU_Nurses/links/036c8e38c0fd09ba00a85bb0/Conceptual-Structure-of-Primary-Care-Competency-for-Thai-Primary-Care-Unit-PCU-Nurses.pdf Acessado em: fev. 2019.

NUTTING, P.A. *et al.* Care Management for Depression in Primary Care Practice: Findings From the RESPECT-Depression Trial. **Ann Fam Med.**, v.6, n.1, 2008, p.30-7. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18195312>. Acessado em: Fev. 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2015. Disponível em: <https://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/> Acessado em: fev. 2019.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0 Acessado em: Jan.2019.

OPAS/OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE/ ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde. Washington: OPAS/OMS. Disponível em: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2014/CD53-5-p.pdf> Acessado em: fev.2019

OSORIO, A.G; ÁLVAREZ, C.V. La atención primaria de salud: desafíos para su implementación en América Latina. **Aten Primaria.**,

v.45, n.7, 2013, p.384-392. Disponível em:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656713000413>.
 Acessado em: jan. 2017.

PARSONS, M. *et al.* Should Care Managers for Older Adults Be Located in Primary Care? A Randomized Controlled Trial. **J Am Geriatr Soc.**, v.60, v.1, 2012, p.86-92.
 Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22239292>.
 Acessado em: Fev. 2019.

PEREIRA, N.C; LUIZA, V.L; CRUZ, M.M. Serviços farmacêuticos na atenção primária no município do Rio de Janeiro: um estudo de avaliabilidade. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 2015, p. 451-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200451&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

PIRES, M.R.G.M *et al.* Fatores associados à atenção domiciliária: subsídios à gestão do cuidado no âmbito do SUS. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 648-656, June 2013. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342013000300648&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

ROSS, F; TISSIER, J. The care management interface with general practice: a case study. **Health and Social Care in the Community**, v.5, n.3, 1997, p.153-61. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1365-2524.1997.tb00110.x>. Acessado em: Fev. 2019.

SANTOS, A.M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia):** desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP, Rio de Janeiro, 2013

SANTOS, A.M; GIOVANELLA, L. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016, p.1-15. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102->

[311X2016000300708&script=sci_abstract&tlng=pt](#) Acessado em: Fev. 2019.

SCHIMITH, M.D *et al.* Continuity of care in the Health Care Network: negotiation between users and professionals. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, 2014, p.804-811. Disponível em:
<https://www.redalyc.org/html/3240/324032944011/index.html>.
Acessado em: jan. 2017.

SIMON, G.E. *et al.* Incremental Benefit and Cost of Telephone Care Management and Telephone Psychotherapy for Depression in Primary Care. , v. **66**, n.**10**, 2009. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19805698>. Acessado em: Fev. 2019.

SOL, A.A; VÁZQUEZ, R.F. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 2, 2010, p.14-26.Disponível em:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200003. Acessado em: Fev. 2018.

SOARES, C.B. *et al.* Revisão integrativa: conceitos e métodos utilizados na enfermagem. **Revista Da Escola De Enfermagem Da USP**, v. 48, n.2, 2014, p.335-45. Disponível em:
<https://doi.org/10.1590/S0080-6234201400002000020> Acessado em: fev.2019

SILVA, T.F; ROMANO, V.F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 2015, p. 363- 374. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200363&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Feb. 2018.

STWART, A; MACINTYRE, G. Care management in the twenty-first century: Persistent challenges in implementation in the context of the emergence of self-care, **Journal of Integrated Care**, v.21, Iss 2, 2013, p.91 – 104.Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1108/14769011311316024>. Acessado em: Fev. 2019.

UMPIÉRREZ, A.F; CABRERA, L.G. Red Internacional de Gestión Del

Cuidado de Enfermería: Alcances y desafíos en El marco de La Cobertura Universal de Salud. *Revista Cubana de Enfermería*, v.32, n. 3, 2016, p1-8. Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1249>

Acessado em: fev.2019.

XING, J.; GOEHRING, C.; MANCUSO, D. Care Coordination Program for Washington State Medicaid Enrollees Reduced Inpatient Hospital Costs. *Health Affairs*; v. 34, n. 4, 2015. Disponível em;

<https://www.healthaffairs.org/doi/10.1377/hlthaff.2014.0655>. Acesso

em: Fev, 2019.

WILLIAMS, B.C. *et al.* Centralized care management support for "high utilizers" in primary care practices at an academic medical center. *Care Manag J.*, v.15, n.1, 2014, p.26-33. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24761538>. Acessado em: Fev.

2019.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The Integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v.52, n.5, 2005, p.546-553.

5.2 MANUSCRITO 2 - GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE: UMA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS CONSTRUTIVISTA

RESUMO

Objetivo: Construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado na atenção primária em saúde, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam neste contexto. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida com base na Teoria Fundamentalada nos Dados construtivista, desenvolvida na rede de atenção primária em saúde de um município localizado no sul do Brasil. Os participantes foram selecionados de forma indutiva, a partir da amostragem teórica, totalizando 37 profissionais, divididos em quatro grupos amostrais. A coleta de dados ocorreu por meio da entrevista semiestruturada de janeiro de 2017 a novembro de 2018. Para suporte da análise empregou-se o *software* Nvivo®11. **Resultados:** O fenômeno central que emergiu neste estudo foi: “GERENCIANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”, sustentado por quatro categorias: “Organizando a gestão do cuidado”, “Implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial”, “Relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado” e “Articulando-se social e politicamente”. **Conclusão:** A gestão do cuidado concretizada no cotidiano do trabalho é permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sendo este último foco central de todas as ações. Constituiu-se de quatro dimensões interdependentes: organizacional, relacional, assistencial e social-política.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Gestão do cuidado; Teoria Fundamentalada nos dados.

INTRODUÇÃO

A Atenção Primária em Saúde (APS), como campo de práticas de cuidado e cenário de manifestações subjetivas, destaca-se no contexto dos sistemas de saúde como estrutura fundamental para a sustentação de uma atenção continuada, articulada, integral e de qualidade. Vivencia-se um movimento de resgate das bases e objetivos da concepção da APS, no intuito de propor novos caminhos para (re)organização dos sistemas de saúde (PEREIRA, *et al.*, 2012). Afirma-se e renova-se seu

compromisso político, no caminho de uma cobertura universal de saúde e desenvolvimento sustentável (OPAS, 2018).

No Brasil, a APS define-se como estrutura fundamental para o ordenamento do cuidado e coordenação da rede de atenção. Aproxima-se de uma concepção abrangente e reestrutura-se numa perspectiva de integração de rede, com estabelecimento de vínculos, com a intersetorialidade e participação popular. Além de apontar o caminho do usuário no sistema de saúde, busca identificar as demandas individuais e coletivas e proporcionar um cuidado integral, conectando serviços, saberes e práticas (PEREIRA *et al.*, 2012; ASSIS, 2015).

Nesse contexto, o cuidado destaca-se como um dispositivo basilar para a construção da integralidade da atenção à saúde, buscando ofertar atendimento de qualidade, capaz de articular os avanços tecnológicos com o acolhimento, a melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. Sua organização torna-se condição *sine quo non* para a gestão em saúde (AYRES, 2009; CARDOSO, 2014). Nesse sentido, entende-se que as atitudes cuidadoras devem caminhar para a ampliação de intervenções de saúde, não devendo restringir-se à pequena tarefa parcelar das práticas de saúde (AYRES, 2009).

Nas últimas décadas, a gestão em saúde tem se sensibilizado para o cuidado em saúde, passando a investir na interação entre gestão e cuidado (MELO; MATTOS, 2018). Assume-se a premissa de que a gestão do cuidado se corporifica nas ações dos sujeitos, gestores, trabalhadores da saúde e usuários, que habitam e frequentam os serviços de saúde, edificando uma rede colaborativa e coordenada para garantir o cuidado continuado aos usuários em local apropriado e mais oportuno (SOUZA *et al.*, 2015).

Nesse íterim, as práticas de gestão do cuidado em saúde inserem-se em um novo paradigma para a organização da rede de atenção à saúde, com capacidade de mediação das complexas necessidades demandadas pelos usuários do sistema de saúde (SODER *et al.*, 2018).

Frente a esses apontamentos, destaca-se a relevância e necessidade do aprofundamento no tema, visto que muito tem se falado sobre a gestão do cuidado no contexto da APS, mas pouco tem sido apresentado como análise teórico-científica. Acredita-se, portanto, que compreender o processo estrutural, significados e concepções da gestão do cuidado possa colaborar na sensibilização para o desenvolvimento de atos de cuidado mais comprometidos e assim fortalecer a APS no âmbito do sistema de saúde.

Por entender que as práticas de cuidado são fortemente influenciadas pelas significações e motivações dos sujeitos envolvidos, bem como influenciada pelos contextos de vida e de trabalho, esta pesquisa buscou responder as seguintes questões: como os profissionais de saúde experienciam a gestão do cuidado em saúde no âmbito da APS? Quais os significados atribuídos à gestão do cuidado?

Este trabalho teve como objetivo construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado na atenção primária, a partir dos significados atribuídos pelos profissionais que atuam neste contexto.

MÉTODOS

Adotou-se a pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida com base na Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) construtivista. A vertente construtivista considera que a teoria é uma construção da realidade, alicerçada nas visões, experiências e significados implícitos aos participantes, edificando-se reciprocamente entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (SANTOS *et al.*, 2018; CHARMAZ, 2014).

A pesquisa foi desenvolvida no âmbito da rede atenção primária de um município localizado no sul do Brasil, cuja população estimada, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) para o ano de 2018 é de 492.977 habitantes (IBGE, 2018) Sua abrangência conta atualmente com 86 equipes de saúde da família (eqSF), distribuídas em 49 centros de saúde, e quatro distritos sanitários (CNES, 2019).

Os participantes foram selecionados inicialmente intencionalmente de forma indutiva, a partir da amostragem teórica, conforme orienta a TFD. Os sujeitos com experiência e conhecimento em relação ao fenômeno foram convidados a participar, a partir da composição de grupos amostrais (CHARMAZ, 2009, 2014).

O primeiro grupo amostral constituiu-se de dezenove profissionais integrantes da equipe básica. Como critérios de inclusão, para este grupo amostral, definiu-se estar atuando na APS do município há pelo menos um ano e estar inserido em um centro de saúde localizado no Distrito Sanitário escolhido para o estudo. O segundo grupo constituiu-se por dez profissionais integrantes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) também vinculados ao mesmo Distrito Sanitário. O terceiro grupo amostral foi constituído por quatro profissionais de nível superior lotados no Distrito Sanitário de referência para este estudo. O quarto e último grupo amostral constituiu-se de quatro profissionais de nível superior lotados na unidade de gerência central da Secretaria Municipal de Saúde do município.

Entre as categorias profissionais entrevistadas neste estudo, incluíram-se: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, médicos pediatras, farmacêuticos e odontólogos.

O Distrito Sanitário define-se por se tratar de uma unidade de gerência e administração periféricas, desenvolvendo ações mais estratégicas, táticas e operacionais junto às eqSF. O Distrito Sanitário incluído para este estudo foi escolhido considerando a avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAq), ocorrido em 2014, na qual 61% das equipes avaliadas obtiveram a certificação “muito acima da média”. Utilizar a certificação do PMAq como critério para inclusão no estudo se justifica por entender que este processo avaliativo federal utiliza critérios relevantes à gestão do cuidado como o perfil das equipes, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, infraestrutura e equipamentos, entre outros.

A coleta dos dados foi realizada de janeiro de 2017 a novembro de 2018, por meio da entrevista semiestruturada, a partir de uma proposta intensiva, conforme orienta Charmaz (2009, 2014). Para registrar as entrevistas, garantir a fidedignidade dos discursos e possibilitar posterior análise, as entrevistas foram registradas digitalmente, posteriormente transcritas na íntegra em documento do *Microsoft® Office Word*, importadas para o software NVivo® 11 e posteriormente codificadas. As entrevistas foram realizadas individualmente, no local de trabalho ou em outro ambiente escolhido pelos participantes, resguardando a confidencialidade.

A análise dos dados ocorreu em duas fases: *codificação inicial e codificação focalizada*. Na codificação inicial, os dados foram fragmentados a partir da análise das palavras, linhas, segmentos ou incidentes e codificados de acordo com a sua importância analítica. Na codificação focalizada, os códigos iniciais mais significativos foram classificados, sintetizados e integrados para o desenvolvimento das categorias.

Durante todo o processo de pesquisa foram respeitadas as orientações e disposições da Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares (BRASIL, 2012). A pesquisa foi submetida ao Sistema CEP/CONEP- Plataforma BRASIL, sendo aprovada pelo Comitê de Ética mediante o CAAE: 59833916.1.0000.0121, bem como submetido e aprovado a avaliação das instâncias municipais envolvidas.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram garantida a confidencialidade da

sua identidade, bem como o direito a desistência em qualquer momento da pesquisa. Além disso, todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas.

RESULTADOS

O fenômeno central que emergiu neste estudo foi: “GERENCIANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE”, que representa a ideia central vislumbrada nos dados e é sustentado por quatro categorias: “Organizando a gestão do cuidado”, “Implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial”, “Relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado” e “Articulando-se social e politicamente”, que fundamentam o fenômeno a partir das dimensões organizacional, assistencial, relacional e sócio-política. Por fim, apresenta-se duas subdimensões que emergiram nos dados de forma transversal a todas as quatro dimensões: “ampliando o olhar” e “Problematizando criticamente”

O Quadro 1 apresenta a categorização e a seguir a apresentação dos dados, com a problematização dos discursos.

Quadro 1 – Dimensões, subdimensões e eixos do fenômeno. Florianópolis, Brasil, 2019.

Dimensões, subdimensões e eixos		
Organizando para a gestão do cuidado ORGANIZACIONAL	Conhecendo a realidade dos sujeitos, do serviço e do território	Ampliando o olhar Problematizando criticamente
	Planejando o cuidado e buscando estratégias	
	Articulando redes	
Implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial ASSISTENCIAL	Implementando a assistência	
	Centralizando o cuidado no sujeito	
	Construindo planos de cuidado	
Relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado RELACIONAL	Trabalhando em equipe	
	Considerando a subjetividade	
Articulando-se social e politicamente SÓCIO-POLÍTICA	Reconhecendo enquanto Processo Social	
	Inserindo o Conselho Local de saúde	
	Pensando em políticas públicas	

Fonte: Elaborado para fins do presente estudo

A dimensão Organizacional – Organizando para a gestão do cuidado, refere-se ao processo de estruturação e articulação do serviço, na tentativa de subsidiar a gestão do cuidado. Desta dimensão emergiram quatro eixos, considerados estratégicos e interdependentes, que corroboram com o processo.

O primeiro eixo desta dimensão perpassa pelo reconhecimento da realidade, numa perspectiva diagnóstica, quer seja no âmbito individual do sujeito, considerando os diferentes contextos de vida; quer seja no âmbito coletivo, do território como espaço fundamental para os atos de cuidado; quer seja no âmbito social, das relações de cuidado que se estabelecem no seio dos serviços de saúde, com todas as suas

fragilidades, fortalezas e desafios.

A gestão do cuidado é você reconhecer quais são os problemas de saúde que você mais tem, identifica ou atende naquele grupo, que você é responsável no caso de um centro de saúde, e a partir desse diagnóstico inicial, você conhecendo as ferramentas que são disponibilizadas ou até mesmo criando algumas possibilidades de ferramentas novas, você dá possibilidade para o profissional e o paciente de ter um cuidado mais focado, mais direcionado, mais seguro com menos despesa, menos custo, mais efetividade e focado na pessoa (GD3).

Então, eu entendo que gestão do cuidado é dar acesso à população. Eu entendo que gestão do cuidado é poder trabalhar a vigilância do território. Eu entendo que gestão do cuidado é poder discutir o cuidado individual, a qualidade do cuidado individual, a saúde baseada em evidência. Eu entendo que gestão do cuidado é organização da agenda, organização do território, organização do acesso, da longitudinalidade, da coordenação do cuidado, eu entendo que são os atributos da atenção primária, atributos do SUS imbricados num processo de qualificação do cuidado continuado, clínica, individual e coletivo [...] Eu penso em conhecer, conhecer a nossa área, em conhecer tudo que a gente tem de ferramenta, tudo que a gente tem de obstáculo pela frente, as fortalezas que a gente tem, no nosso território, que é uma, nossa comunidade (GA7).

O segundo eixo perpassa pelo planejamento e pela busca de estratégias para a gestão do cuidado. Refere-se à organização das equipes no e para o território, na organização dos processos de trabalho dentro do serviço, dos fluxos internos, da organização das agendas e das formas de acesso dos usuários e seus dispositivos, como as mídias sociais e a garantia de insumos de qualidade e quantidade suficientes.

Gestão do cuidado é eu poder estar próximo, entender como que aquela família vive, da onde é que subsiste, o trabalho do pai, da mãe, toda essa

coisa que pode interferir no estado de saúde deles [...] nas reuniões de equipe, acho que é um momento em que eu acho que estou fazendo gestão do cuidado. Nessas reuniões participam comigo o médico, as agentes comunitárias e nesse momento a gente faz uma troca de como está a nossa área, elas trazem os problemas encontrados na comunidade, mediante a isso a gente traça um cuidado para aquilo. Por exemplo, uma agente comunitária achou uma gestante que está sem atendimento, durante a reunião a gente agenda uma consulta, a gente agenda uma visita domiciliar. Dessa maneira a gente consegue um controle melhor da área e um controle melhor da nossa equipe (GA9).

Então eu acredito que a gente faça a gestão do cuidado, tanto no planejamento do cuidado individual, quanto do processo de trabalho em equipe, quando a gente discute alguma coisa do território (GA17).

Eu acho que este exemplo cabe, quando a gente recebe as pessoas no acolhimento, a gente faz a primeira escuta e organiza o atendimento, o que vai para mim e o que vai para o médico. Isso de uma certa forma é o planejamento do cuidado. Pelo menos daquele momento. Talvez outra forma que pode ser, que eu também não sei se vai ser o mais adequado, mas eu acho que é uma forma de gerir o cuidado, pelo menos para um grupo específico. É com relação às gestantes, por exemplo. É a gente estar sempre programando e resguardando vagas disponíveis para ela, sem dificuldade de acesso, e de ver quantas consultas eu faço, quantas o médico faz. Eu acho que é uma forma de gestão também, pequena, mas é como eu vejo (GA15).

O terceiro eixo perpassa pela articulação das redes, no sentido de envolver os vários níveis de atenção na gestão do cuidado, pela organização das linhas de cuidado ao longo da rede estruturante, pela coordenação do cuidado nesse processo, pela garantia da continuidade do cuidado, na perspectiva da longitudinalidade e da integralidade.

Então a gestão para mim ela não funciona sozinha naquilo que eu vou planejar para aquele paciente, para aquele usuário, mas sim o que eu vou fazer em conjunto dentro da realidade que ele convive, então eu tenho que olhar, eu não tenho que olhar só em uma caixinha, a hoje ele está com esse problema de saúde, não, eu tenho que olhar esse problema de saúde onde ele está inserido, ele enquanto família, ele enquanto comunidade, o que eu tenho ao redor dele que pode estar interferindo na saúde dele, ou que pode me ajudar a trabalhar a melhoria da saúde dele e com isso as parcerias que eu vou fazer, seja com o NASF, seja com outros profissionais. Então acionando uma rede de cuidados, que eu vou conseguir fazer essa gestão (GC3).

A dimensão Assistencial - implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial refere-se às ações relacionadas à prática clínica assistencial, do encontro entre trabalhadores e usuários e configura-se em 3 eixos:

O primeiro eixo refere-se à prestação da assistência ao usuário, no sentido da implementação de práticas de cuidado, que podem ocorrer em diferentes conjunturas da APS: no acolhimento das demandas, como escuta atenta e ativa, desde a recepção, sala de vacina, sala de procedimentos, até a consulta médica ou de enfermagem; na realização de atividades coletivas, nas visitas domiciliares ou no território como um todo.

A gestão do cuidado, abrange desde o início, quando o paciente acessou o centro de saúde, e então ele passou pelo acolhimento, ele passou por uma consulta, por um profissional de saúde, ele foi a um serviço de apoio matricial, ele utilizou um especialista e tudo isso está na gestão do cuidado, porque é a resposta que o serviço está dando para a necessidade dessa pessoa (GC2).

Na sala de procedimentos eu acho que a gente faz muito gestão do cuidado. A gente tem muito curativo. Que a gente faz aqui querendo ou não, muito acolhimento. Muitas vezes, a gente percebe alguma coisa, a pessoa vem fazer o curativo e a

gente consegue perceber outras coisas que não só o curativo (GA13).

O segundo eixo centraliza o cuidado no usuário, transformando-o no foco de atuação dos trabalhadores, perpassando pela compreensão das suas necessidades individuais e coletivas, pela percepção das diversas situações de saúde, que podem ser encontradas no território, sempre de forma singular e no intuito de obter a satisfação da pessoa.

A gente faz parte da gestão do cuidado, porque eu acho que todo o trabalhador da saúde ele vai estar envolvido de alguma forma em gerir esse cuidado, promover esse cuidado, facilitando o acesso das pessoas, facilitando o acolhimento das pessoas tanto aqui, quanto na comunidade ou, às vezes, até na rua onde eles nos encontram, se estão em algum momento com dificuldade. É o momento que eles encontram para pedir esse cuidado, vendo como pode ser feito (GA10).

Eu vejo assim, acolher o paciente, cuidar daquele paciente, vamos supor se ele tem um problema muito sério, eu acho que tem que ter um olhar diferente para aquele paciente. [...] uma vez cheguei na casa da Dona Fulana e ela já estava com uma escara por abrir, aquelas feridas de pressão. Então, eu relatei tudo, tirei foto, falei com a enfermeira, porque, às vezes, é coisa que enfermeira também pode dar uma olhadinha. Às vezes, nem é dia de visita, mas a gente fica preocupada. Então, a enfermeira pega um tempinho e vai lá. O posto de saúde tá sempre corrido, mas ela vai lá correndinho e olha (GA14).

O terceiro eixo, construindo planos de cuidado, no sentido de que a tomada de decisão deve ocorrer de forma conjunta com o usuário, com ampliação do olhar além da consulta e supervisão do cuidado.

Eu penso que eu faço gestão do cuidado, tanto no momento em que eu estou estabelecendo um projeto terapêutico singular para o indivíduo, em que eu estou pensando em como dar conta de uma necessidade individual, quanto quando eu sento com a minha equipe para organizar o processo de

trabalho na minha equipe de saúde e na unidade como um todo (GA17).

Hoje tinha uma senhora lá, com uns problemas na vida dela. Então, eu comecei a pensar, o que eu posso fazer para ajudar aquela pessoa. Ou vou conversar com a equipe, procurar a equipe dela e do neto dela, porque ela conversou do neto comigo. Vou procurar e ver como é que está, como é que está esse neto, como é que ela está. É mais quando eu vejo alguma coisa que me desperta assim o interesse de correr atrás, eu vejo que tem algum sofrimento, alguma coisa assim. Tem que ter um olhar mais amplo (GB5).

Eu estou entendendo que gestão do cuidado é você ver realmente o que você tem, o *rall* de ferramentas que você tem, a sua capacidade resolutiva, e você junto com o paciente, enfim, com o grupo que você está trabalhando, você desenvolve uma linha de cuidado, algo mais longitudinalizado (GD3).

Na dimensão Relacional - relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado, fala-se sobre o papel que a relação entre os sujeitos exerce no caminho para a gestão do cuidado. Esta estrutura-se em dois eixos:

No primeiro eixo “trabalhando em equipe”, os dados revelaram que os trabalhadores entendem a gestão do cuidado como um trabalho de equipe, a partir do encontro entre os sujeitos e trabalhadores, em que os atos de cuidado devem ser compartilhados entre os diferentes sujeitos envolvidos. Busca-se por um afinamento dos processos de trabalho, com comprometimento profissional, bom relacionamento e convívio entre os profissionais dentro do serviço, discussão entre a equipe com decisão conjunta e compartilhada.

No segundo eixo, “considerando a subjetividade”, os dados demonstraram que a subjetividade dos trabalhadores influencia fortemente os agenciamentos realizados na APS no caminho para a gestão do cuidado. Perpassam pelo envolvimento, comprometimento e responsabilização dos trabalhadores, com a capacidade de manter-se em postura empática, disponível, acessível, geradora de confiança e, principalmente, no exercício diário de aceitação do desejo do outro.

Tem coisas que a gente já consegue dar alguma orientação, do que pode ser feito, que caminho ela deve seguir. E e tem coisas que a gente não consegue auxiliar na hora e então a gente traz na unidade, conversa com o enfermeiro, com o médico ou até em reunião. Conversa com a equipe completa e vê como que a gente pode estar ofertando o atendimento para aquela pessoa (GA10).

Quando penso em gestão do cuidado eu me lembro de responsabilização. Então, eu me sinto médico daquelas pessoas que moram naquele território. Como uma referência, eu gosto de saber que os pacientes podem ter um médico de referência em quem eles confiam, que conhece a família deles e que conhece a comunidade onde eles moram, que conhece o contexto social e cultural. Eu acho que tá muito ligado à questão dos atributos [...] você só faz gestão do cuidado se você tiver também acesso, se as pessoas puderem acessar quando elas necessitam. Então você tem que estar disponível (GA5).

Na dimensão Sócio-política - articulando-se social e politicamente, a gestão do cuidado emerge como um processo social. São as formas pelas quais os indivíduos se relacionam uns com os outros, e estabelecem relações interpessoais e sociais no contexto da vida. Reforça a necessidade de um conceito ampliado de saúde, com observação dos determinantes e condicionantes sociais.

Além disso, refere-se à capacidade de articulação, movimentação e acesso a outros setores e instâncias governamentais, na medida em que se identifica situações e condições de saúde que vão além da governabilidade apenas do serviço de saúde.

Percebe-se o papel que o controle social e a gestão exercem para a gestão do cuidado, no sentido de colaboração no processo de lutas e reivindicações e de subsídio por intermédio da elaboração e suporte para implementação de políticas públicas, respectivamente.

Até o Conselho Local de Saúde é uma gestão do cuidado porque eu vou utilizá-lo para conseguir melhorar algumas coisas que eu tenho dentro do sistema de saúde e dentro da comunidade também.

Isso tudo eu vejo assim como um ganho muito grande, uma coisa positiva (GA6).

Na minha percepção a gestão de cuidado é um processo social. É você pensar essa questão do conceito de saúde de forma mais ampliada, de observar os determinantes e condicionantes sociais [...] nós esbarramos em uma situação de governabilidade, até onde a gente pode ir, quais são as situações que somos responsáveis, onde que está a questão da saúde, onde está a questão do ministério da previdência, onde está a questão do ministério do trabalho [...] gestão do cuidado ela é muito maior. É para você pensar políticas públicas (GB4).

Por fim, nas subdimensões “ampliando o olhar” e “problematizando criticamente” verifica-se a relevância de um olhar afetivo e sensibilizado para as necessidades do outro, capaz de zelar pela gestão do cuidado. Além disso, elas proporcionam uma problematização crítica das diversas situações encontradas no cotidiano do trabalho.

Porque, muitas vezes, a gente fica focado. Estou com dor de garganta, tu olhas só a garganta e, às vezes, a pessoa tem outras coisas. Então, tu tens que ver o ser como um todo e tentar ajudar da melhor maneira possível (GA19).

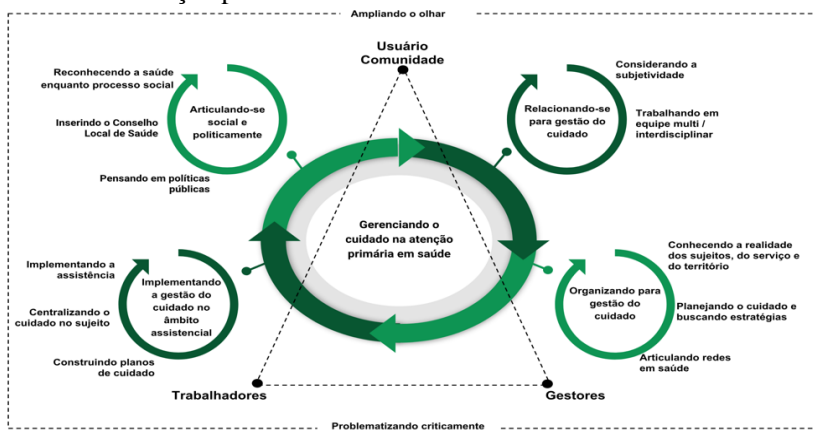
Tem esse olhar mais caridoso, mais afetivo com o outro, com as necessidades do indivíduo que passa por um processo. E o cuidado tem uma história até mais longa na enfermagem do que na medicina. Então, talvez tenha esse chamado para um ato muito maior do que o olhar médico, estrito. Enfim, para mim estaria dentro dessas características (GA17).

Tanto para o nosso processo de trabalho que ajuda a organizar, quanto para qualidade do cuidado prestado para comunidade. Se não fica sempre na mesma coisa e a gente não evolui daquilo, não problematiza, não tem um olhar crítico nas coisas, não ajuda a melhorar todo o processo (GA7).

Se eu for parar e ver, não apenas aquele indivíduo que está na minha frente, não só o pai e a mãe, mas a família num âmbito maior, até porque o nosso paciente, eles têm uma relação muito interessante com os vizinhos. Se pensar na família como pai, mãe e os filhos é uma coisa, mas, muitas vezes, eles têm um círculo muito maior, que muitas vezes, está mais envolvido na vida deles que os de parentesco direto. Então, o que acontece com o vizinho dele, pode estar afetando a vida dele e isso pode ser visto melhor (GA9).

A seguir, apresenta-se o Modelo Teórico-explicativo do fenômeno emergente: Gerenciando o cuidado na atenção primária em saúde. Nesta perspectiva, é possível visualizar as conexões construídas entre as dimensões e subdimensões do fenômeno, como ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Modelo Teórico-explicativo do fenômeno: Gerenciando o cuidado na atenção primária em saúde.



O Modelo apresenta o fenômeno emergente na região central da espiral, circundado pelas suas quatro dimensões interdependentes: organizacional, assistencial, sócio-política e relacional; e, respectivas subdimensões.

Verifica-se uma gestão do cuidado concretizada no cotidiano do trabalho, e permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores, usuários e comunidade – principais atores da cena. Na

base da pirâmide, encontram-se os trabalhadores e os gestores, cujo olhar, no que se refere a gestão do cuidado, deve estar voltado ao usuário e a comunidade, foco principal de todas as ações. Ainda é possível vislumbrar toda a ação sendo problematizada criticamente pelos trabalhadores e gestores, que se utilizam de um olhar ampliado para o entendimento e efetivação dessa realidade.

DISCUSSÃO

Os resultados mostram que pensar a gestão do cuidado na atenção primária à saúde requer refletir acerca de uma variabilidade de práticas, condições e situações que integram o entrelaçado mundo do trabalho e da vida dos usuários e trabalhadores dos serviços de saúde. O cotidiano é repleto de desafios, em consequência da complexidade que é simplesmente existir neste mundo. Neste cenário profundo, emergem demandas, ora dos usuários, ora dos próprios trabalhadores, ora da comunidade e nesse ambiente de adversidades que as práticas de cuidado e em saúde se inserem.

Com relação à dimensão organizacional, destaca-se o papel que a compreensão da realidade, o planejamento e a articulação da rede de serviços assumem para a gestão do cuidado. Em consonância, Ritter, Rosa e Flores (2013) lembram que a realização do diagnóstico e análise da situação de saúde podem ser consideradas atividades primordiais para a consolidação das ações em saúde. Além disso, destacam que problemas enfrentados no âmbito do acesso e da integralidade da atenção e integração da APS à rede de atenção precisam ser superados, uma vez que são imprescindíveis para o avanço da APS brasileira.

O processo de reconhecimento da realidade social e de saúde permite aos trabalhadores a identificação de necessidades e demandas, numa perspectiva da integralidade. A partir disso, os trabalhadores, de forma multiprofissional, podem atuar no território, buscando um enfoque familiar e comunitário, desenvolvendo ações no âmbito psicossocial e sociossanitário, em parceria com outros usuários, trabalhadores e setores da rede de serviços, no sentido de fortalecer a intersetorialidade (TESSER *et al.*, 2011). Assim, reconhece-se que as demandas trazidas no cotidiano devem ser constantemente verificadas, medidas e reavaliadas para que novas estratégias possam ser planejadas e colocadas em prática, quando se constatarem gargalos que limitem o acesso ou aumentem significativamente a busca pelos serviços de saúde (ZONTA *et al.*, 2017).

Nesse sentido, o acesso, vincula-se ao acolhimento, na medida

em que propõe uma inversão da lógica de organização e funcionamento do serviço de saúde. Parte-se da premissa de que é preciso atender todas as pessoas que buscam pelo atendimento no serviço de saúde, no intuito de garantir o acesso tanto na APS, quanto nos demais níveis de atenção.

Para dar conta desse processo, os trabalhadores necessitam desempenhar competências e habilidades que ultrapassam sua capacidade técnica, ou seja, serão necessários o desenvolvimento de habilidades relacionadas à escuta atenta e comunicação entre a equipe e destes com os usuários, postura transparente sobre as reais possibilidades do serviço para o cuidado, no âmbito da APS e em outros níveis de atenção, tomada de decisão compartilhada, inclusiva e com foco no empoderamento do binômio usuário-trabalhador/cuidador, construção de vínculos de confiança e afetos, respeitando as possibilidades dos trabalhadores como equipes de saúde, mas centrados no usuário.

A articulação da rede efetiva a continuidade do cuidado, permitindo a organização dos fluxos do usuário entre os seus diversos pontos. Nesse sentido, a literatura tem demonstrado algumas fragilidades vivenciadas pelos serviços de saúde. Constata-se, dessa forma, desafios como a debilidade da descentralização das ações entre os serviços de diferentes níveis (ALVES *et al.*, 2012), permeado por problemas de comunicação, estes ocasionados pela subutilização de mecanismos de comunicação entre os níveis de atenção, ou em alguns casos a inexistência dos mesmos (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012), ou ainda fragilidades relacionadas à conformação, postura, envolvimento, comprometimento e entendimento do significado de longitudinalidade e coordenação do cuidado por parte dos trabalhadores (BRITO; OLIVEIRA; SILVA, 2012; SILVA; ROMANO, 2015).

É nos encontros e nas redes de relacionamento que a produção do trabalho em saúde acontece. O agenciamento de dispositivos que tende à busca de inovações no modo de gerir o cuidado coloca o usuário no centro da atenção e da gestão. É quando se efetuem os princípios de valorização da vida e da integralidade, centrais para a consolidação do Sistema Único de Saúde (BADUY *et al.*, 2011, FERREIRA *et al.*, 2009).

Nessa perspectiva, a gestão do cuidado e do trabalho em saúde obedece a racionalidades teórico-metodológicas produzidas a partir de um processo sócio histórico, em uma determinada época, que estabelece para gestores, profissionais e usuários formas de entender e intervir na saúde e na doença (TESSER; LUZ, 2008).

Dessa forma, verifica-se que para “pensar e agir em saúde numa

perspectiva de mudança do modelo requer um novo modo de estabelecer relações e troca de saberes e experiências práticas, envolvendo campos de conhecimento e intervenção interdisciplinares” (ASSIS *et al.*, 2010, p.14). Nesse sentido, o modelo assistencial brasileiro pautado na ESF tem sido apontado na literatura como propulsor de mudança das práticas, no caminho de uma clínica ampliada e centrada nas demandas do usuário. Entretanto, ressalta-se a necessidade de cumprimento desse papel, a fim de garantir, na prática, as mudanças desejadas (SANTOS *et al.*, 2015).

No que se refere ao trabalho em equipe, os encontros entre os trabalhadores e destes com os usuários são acontecimentos que expressam a produção do cuidado (AGONIGI *et al.*, 2018). A atuação das equipes caracteriza-se como de alta complexidade em virtude da dinâmica social dos territórios, nos quais estão inseridos (AGONIGI *et al.*, 2018). Os atravessamentos subjetivos que operam no cotidiano de trabalho da APS podem, em muitos casos, não ser percebidos pelo trabalhador, mas é a partir deles que o trabalhador faz opções sobre suas práticas, tecnologias de trabalho e o modo como vai se relacionar com o usuário (FRANCO, 2015).

Em um estudo realizado na cidade do Rio de Janeiro, cujo objeto de estudo foi a produção do cuidado no cotidiano de trabalho na APS, verificou-se que as eqSF apresentam notório esforço para atos de cuidado baseados nas necessidades de saúde dos usuários de seu território, distanciando-se em alguns momentos dos protocolos organizacionais da ESF, sendo tudo agenciado pelas diversas dificuldades e complexidades que interferem no processo de cuidar. (AGONIGI *et al.*, 2018).

Nota-se pelos dados, a preocupação que os trabalhadores apresentam e a sensação de incapacidade que vivenciam diante de situações de vida repletas de vulnerabilidades e determinada pelas diversas condições de vida que experienciam. Pensar a gestão do cuidado sob uma perspectiva social e política requer uma aproximação da noção de saúde como um fenômeno social, resultante de um processo histórico e determinada pelas condições de vida e de trabalho das pessoas e de suas famílias. Requer a compreensão de que adoecimento nesta perspectiva também é demarcado por uma construção social, influenciado pelos comportamentos e estilos de vida (GEIB, 2012; MORI; REY, 2012). Diante do exposto, acredita-se que as políticas públicas necessitam evitar insistir na separação entre o social e a saúde, com riscos de se contrapor a integralidade, reforçando a fragmentação da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fenômeno central GERENCIANDO O CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE representa uma abstração organizada, construída com base na análise interativa dos dados, a partir do significado e das vivências dos trabalhadores na prática da Gestão do Cuidado no contexto da APS.

O Modelo Teórico-explicativo do fenômeno apresenta uma gestão do cuidado concretizada no cotidiano do trabalho, e permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários, sendo este último foco central de todas as ações. Constituiu-se de quatro dimensões interdependentes, que permeiam a gestão do cuidado, quais sejam: organizacional, assistencial, relacional e sócio-política.

Os dados desta pesquisa reforçam o caráter complexo do fazer dos serviços da APS. Por isso, acredita-se que os resultados possam contribuir no processo reflexivo de todos os trabalhadores envolvidos na gestão do cuidado na APS e, a partir disso, colaborar com a ampliação e fortalecimento de práticas de cuidado cada vez mais comprometidas com os usuários a conformação da rede de cuidados.

O estudo alcançou seu objetivo geral e evoluiu com a construção do modelo teórico- explicativo. Entretanto, considera-se relevante destacar a necessidade de novas investigações, no sentido de ratificar esses achados, buscando investigar outras realidades.

REFERÊNCIAS

AGONIGI, R. C. *et al.* A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 6, 2018, p. 2659-65. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt Acesso em: Fev.2019.

ALVES, R.S. *et al.* Abandono do tratamento da tuberculose e integralidade da atenção na estratégia saúde da família. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 3, 2012, p. 650-57. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000300021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2018.

ASSIS, M.M.A. *et al.* (Org.). **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários**. Salvador: Edufba, 2010. 182p.

ASSIS, M.M.A. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária à saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. *In*: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org) **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p. 45-64.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMC/UERJ - ABRASCO, 2009. 282 p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

BADUY, R.S. *et al.* A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, 2011, p. 295-304. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2011000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2017.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012.

BRITO, E.S.V; OLIVEIRA, R.C; SILVA, M.R.F. Análise da continuidade da assistência à saúde de adolescentes portadores de diabetes, **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 12, n. 4, 2012, p. 413-423. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292012000400008&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2017.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para a análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. Los Angeles: SAGE, 2014.

CNES. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: jan. 2019.

FERREIRA, V.S.C. *et al.* Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, 2009, p. 898-06. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009000400021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2018.

FRANCO, T. B. Trabalho criativo e cuidado em saúde: um debate a partir dos conceitos de servidão e liberdade. **Saúde e Sociedade** [online], v.21, suppl 1, 2015, p. 102-114 .Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500102&lng=pt&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

GEIB, L.T.S. Determinantes sociais da saúde do idoso. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.17, n.1, 2012, p.123-133. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012000100015&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: fev. 2019.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Cidades@**, Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232CV>. Acessado em: jun. 2019.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 14, n. 3, 2012, p. 140-152. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012. Acessado em: Fev, 2019.

MELO, E; MATTOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? *In*: MENDONÇA, M.H.M; MATTA, G.C; GONDIM, R; GIOCANELLA, L. **Atenção Primária à saúde no Brasil**: Conceitos, práticas e pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 95-116

SILVA, T.F; ROMANO, V.F. Sobre o acolhimento: discurso e prática em unidades básicas de saúde do município do Rio de Janeiro. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, 2005, p. 363- 374. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042015000200363&script=sci_abstract. Acessado em: Fev. 2018.

OPAS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE.

Declaração de Astana sobre Atenção Primária à Saúde: de Alma-Ata rumo à cobertura universal de saúde e os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2018.

Disponível em:

https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5711:declaracao

[-de-astana-sobre-atencao-primaria-a-saude-de-alma-ata-rumo-a-cobertura-universal-de-saude-e-os-objetivos-de-desenvolvimento-sustentavel&Itemid=0](#) Acessado em: Jan.2019.

RITTER, F; ROSA, R.S; FLORES, R. Avaliação da situação de saúde por profissionais da atenção primária em saúde com base no georreferenciamento dos sistemas de informação. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro , v. 29, n. 12, 2013, p. 2523-2534, Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2013001200016&script=sci_abstract&tlng=pt)

[311X2013001200016&script=sci_abstract&tlng=pt](#). Acessado em: fev.2019.

TESSER, C. D.; LUZ, M. T. Racionalidade médicas e integralidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 195-206, 2008. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100024)

[81232008000100024](#). Acessado em: Abr. 2019.

TESSER, C.D. *et al.* Estratégia saúde da família e análise da realidade social: subsídios para políticas de promoção da saúde e educação permanente. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 11, 2011, p. 4295-4306. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011001200002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

Zonta, R. *et al.* **Rastreamento, check-up e prevenção quaternária**. Florianópolis: UFSC, 2017. 157 p.

5.3 MANUSCRITO 3 - UMA DIMENSÃO RELACIONAL DA GESTÃO DO CUIDADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

RESUMO

Objetivo: Compreender a gestão do cuidado na Atenção Primária à Saúde, a partir de uma dimensão relacional. **Método:** Pesquisa de abordagem qualitativa, desenvolvida com base na Teoria Fundamentada nos Dados construtivista. A coleta dos dados deu-se pela entrevista semiestruturada, numa proposta intensiva. Foram entrevistados 37 trabalhadores, divididos em quatro grupos amostrais. A análise dos dados ocorreu em duas fases: codificação inicial e codificação focalizada, facilitada pelo software NVivo® 11. **Resultados:** A gestão do cuidado constituiu-se pelo trabalho em equipe, em que os atos de cuidado devem ser compartilhados entre os diferentes sujeitos envolvidos; e pela subjetividade de seus trabalhadores e usuários do serviço, na medida em que influencia fortemente os agenciamentos realizados na atenção primária no caminho para a gestão do cuidado. **Conclusão:** Reconhecer a força e o poder das relações para a gestão do cuidado, requer voltar-se para investimentos de formação, vínculos de trabalho e incentivo a polícias públicas, capazes de considerar a qualificação dos trabalhadores, no desenvolvimento de habilidades e competências a partir desta lógica.

Descritores: Atenção Primária à Saúde; Gestão do cuidado; Trabalho em Equipe; Subjetividade.

INTRODUÇÃO

O ato de cuidar é influenciado por uma multiplicidade de associações, contatos e afetos. Trata-se de uma ação complexa capaz de envolver diferentes atores e instituições, tornando-se essencial a vivência de relações e conexões intensas entre os sujeitos envolvidos. Dessa forma, o trabalho em saúde, como meio social, e a saúde, propriamente dita, caracterizam-se como um processo contínuo, imaterial e criativo, que integra o social, o cultural, a história das pessoas e das sociedades (MORI; REY, 2012; ALMEIDA; SANTOS, 2015; FRANCO, 2015).

Nesse sentido, o protagonismo do trabalhador e dos usuários é fundamental, e o encontro entre ambos é sempre singular, agenciado pelo o que cada um traz sobre o significado do que é cuidar. Cabe aqui

destacar a concepção de subjetividade, construída a partir da experimentação da vida e na interação das pessoas, é a partir desta produção de si que pessoas agem no campo social ao qual se inscrevem. Neste caso, no contexto de cuidado da APS. A perspectiva social ganha destaque para a definição da subjetividade, na medida em que é entendida como resultado de uma tensão gerada da relação da pessoa com o social: a subjetividade individual e a subjetividade social (MORI; REY, 2012; FRANCO, 2015).)

A partir desse entendimento de cuidado, como uma prática social, busca-se um alinhamento no que se refere à gestão em saúde. A literatura tem revelado, em certa medida, o distanciamento entre os planos da gestão e do cuidado. Entretanto, ressaltam a sua interação (MELO; MATTOS, 2018) ao assumir a gestão do cuidado nesse contexto. Assim, o trabalhador da saúde precisa buscar a integração entre os sujeitos de tal forma que os atores sociais envolvidos sejam empoderados para uma tomada de decisão no sentido de construir estratégias e ações que possibilitem cooperação para a efetivação do cuidado.

A gestão do cuidado não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o trabalhador da saúde e o usuário dos serviços. Esta pode ser compreendida como uma interação nas e pelas práticas de saúde com as tecnologias existentes, devendo relacionar-se ao conhecimento técnico e ao modo como as pessoas andam na vida. Isto faz emergir a necessidade de superação da racionalidade instrumental, criando-se espaços para interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas (PAIVA; MARTINS, 2014).

A atenção primária em saúde (APS), como organização e cenário para gestão do cuidado, constituiu-se de redes vivas e ativas, fruto das atitudes, comportamentos e posturas dos sujeitos, o que lhe dá sentido e significado (RAMOS, 2016). Por isso, é considerada abrangente, desafiadora e complexa, exigindo de seus trabalhadores, além de qualificação adequada, um envolver-se em maior intensidade (AGONIGI *et al.*, 2018) e elementos como motivação, sensibilidade, paixão e criatividade para superar fragilidades, e potencializar fortalezas.

Trabalhadores sensibilizados com o fazer da APS frequentemente buscam por práticas e ações para além daquilo que está imposto nos protocolos organizacionais dos serviços. São identificados atos de criação, inventivos, que geram outras possibilidades para a solução dos problemas de saúde dos usuários. Muitas vezes pelo desvio, por "linhas

de fuga", ou seja, trata-se de ressignificações para o problema, para a necessidade, para o cuidado, no contexto da relação do trabalhador com o usuário. Este encontro caracteriza a produção do cuidado e pode acontecer não apenas na estrutura física dos serviços de saúde, mas no território onde esse usuário está inserido, com toda sua historicidade e multiplicidades de conceitos (AGONIGI *et al.*, 2018).

Nesse panorama, a criatividade pode apresentar-se como ferramenta para uma reinvenção da produção do cuidado, no cotidiano dos serviços de saúde, fomentando espaços de inclusão, de participação e de aprendizagem, reconfigurando práticas, saberes e valores, com grande potencial criativo nas formas de entender e realizar o cuidado. (SCHERER; MENEZES, 2016). Numa perspectiva de trabalho criativo, entende-se a criatividade enquanto estrutura capaz de alterar o modo de produção do cuidado, operando desvios capazes de modificar os processos terapêuticos, dando-lhe novos rumos (FRANCO, 2015).

Diante do exposto, este artigo tem por objetivo compreender a gestão do cuidado na APS a partir de uma dimensão relacional, na qual a produção do cuidado em rede e o protagonismo dos trabalhadores e dos usuários, nesse processo, tomam papel central.

MÉTOD

Trata-se de uma pesquisa de abordagem qualitativa, cujo cenário foi a rede de atenção primária em saúde de um município do sul do Brasil, com uma população estimada para o ano de 2018 de 492.977 habitantes (IBGE, 2019) e cuja rede de atenção primária constituiu-se de 86 eqSF, distribuídas em 49 Centros de Saúde e quatro distritos sanitários.

Utilizou-se a Teoria Fundamentada nos Dados, numa vertente construtivista, como referencial teórico-metodológico. A vertente construtivista considera que a teoria é uma construção da realidade, alicerçada nas visões, experiências e significados implícitos aos participantes, edificando-se reciprocamente entre o pesquisador e os sujeitos da pesquisa (SANTOS *et al.*, 2018; CHARMAZ, 2009, 2014).

Os participantes desta pesquisa constituíram quatro grupos amostrais, tendo sido selecionados inicialmente de forma indutiva, ou seja, os sujeitos com experiência e conhecimento em relação ao fenômeno, foram convidados a participar do primeiro grupo amostral. Os demais grupos conformaram-se na medida em que a coleta de dados e análise evoluíam, o que na TFD denomina-se de "amostragem teórica" (CHARMAZ, 2009, 2014). Participaram desta pesquisa médicos,

enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social, médico pediatra, farmacêutico e odontólogo.

Dessa forma, o primeiro grupo amostral constituiu-se de 19 profissionais integrantes da equipe básica. Como critérios de inclusão, para este grupo amostral, definiu-se estar atuando na APS do município há pelo menos 1 ano e estar inserido em um centro de saúde localizado no Distrito Sanitário escolhido para o estudo. O segundo grupo constituiu-se por 10 profissionais integrantes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) também vinculados ao mesmo Distrito Sanitário. O terceiro grupo amostral foi constituído por quatro profissionais de nível superior lotados no Distrito Sanitário de referência para este estudo. O quarto e último grupo amostral constituiu-se de quatro profissionais de nível superior lotados na unidade de gerência central da Secretaria Municipal de Saúde do município.

O Distrito Sanitário define-se por se tratar de uma unidade de gerência e administração periféricas, desenvolvendo ações mais estratégicas, táticas e operacionais junto as EqSF. O Distrito Sanitário incluído para este estudo, foi escolhido considerando a avaliação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAq), ocorrido em 2014, onde 61% das equipes avaliadas obtiveram a certificação “muito acima da média”. Utilizar a certificação do PMAq como critério para inclusão no estudo, se justifica, por entender que este processo avaliativo federal, utiliza critérios relevantes a gestão do cuidado como o perfil das equipes, organização do processo de trabalho, atenção integral à saúde, infraestrutura e equipamentos, entre outros.

Os dados foram coletados entre os meses de janeiro de 2017 a novembro de 2018. Utilizou-se a entrevista semiestruturada, a partir de uma proposta intensiva, conforme orienta Charmaz (2009). Elas foram registradas digitalmente e posteriormente transcritas na íntegra em documento do *Microsoft® Office Word*, importadas para o *software NVivo® 11* e posteriormente codificadas. Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram garantida a confidencialidade da sua identidade, bem como o direito a desistência em qualquer momento da pesquisa. Além disso, todas as informações que identificavam os participantes na entrevista foram modificadas.

A análise dos dados ocorreu em duas fases: codificação inicial e codificação focalizada. Na codificação inicial, os dados foram fragmentados a partir da análise das palavras, linhas, segmentos ou incidentes e codificados de acordo com a sua importância analítica. Na

codificação focalizada os códigos iniciais mais significativos foram classificados, sintetizados e integrados para o desenvolvimento das categorias (CHARMAZ, 2009, 2014).

A pesquisa foi submetida ao Sistema CEP/CONEP- Plataforma BRASIL, sendo aprovada pelo Comitê de Ética mediante o CAAE: 59833916.1.0000.0121, bem como submetido e aprovado a avaliação das instâncias municipais envolvidas. Procurou-se respeitar as as orientações e disposições da Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012), durante todo o processo.

RESULTADOS

A dimensão relacional – relacionando-se para a gestão do cuidado é apresentada a seguir, no Quadro 1, com suas respectivas subdimensões e eixos.

Quadro 1 – Subdimensões e Eixos da Dimensão relacional da Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde

TRABALHANDO EM EQUIPE MULTI/INTERDISCIPLINAR
<ol style="list-style-type: none"> 1. Interagindo com todos os sujeitos envolvidos 2. Encontrando-se com outros sujeitos trabalhadores 3. Relacionando bem e convivendo bem dentro do serviço 4. Discutindo entre a equipe 5. Decidindo de forma compartilhada
CONSIDERANDO A SUBJETIVIDADE
<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependendo da participação dos trabalhadores 2. Relacionando-se com empatia 3. Aceitando o desejo do outro. 4. Comprometendo-se profissionalmente

Trabalhando em equipe Multi/Interdisciplinar

Os trabalhadores entendem a gestão do cuidado como um trabalho de equipe, em que os atos de cuidado devem ser compartilhados entre os diferentes sujeitos envolvidos. Tais atos, configuram-se em um processo de interação e participação, nos quais o compartilhamento das decisões, quanto a condutas e encaminhamentos, aparece como uma prática entre os trabalhadores, em especial, quando se tratam de situações complexas de saúde, resultante da dinamicidade da vida das pessoas e acentuadas pela vulnerabilidade social.

Eu entendo que essa gestão do cuidado, deveria ser compartilhada, com todos os atores ali envolvidos, mas entendo que aquela equipe tem um papel fundamental, a equipe de saúde da família para o paciente, naquele território, entendo que ela tenha que ter esse olhar e a partir dela, poder conversar acho que com o NASF, e com gestão (GB9).

Eu entendo que a gestão do cuidado é uma necessidade, dentro da atenção primária de saúde e no meu trabalho por conta de que a gente está inserida no território e por estar inserido no território a gente tem um vínculo onde a gente atende, e justamente por esse vínculo as pessoas estão dentro do centro de saúde e as demandas trazidas, são as suas necessidades, são demandas trazidas com muita complexidade, pela dinamicidade da vida, hoje pelas realidades que a gente vê que as famílias enfrentam, uma série de situações mesmo de problemas (GB8).

O compartilhamento do cuidado e o trabalho em equipe, pressupõe encontro entre os sujeitos trabalhadores, desses encontros emergem conversas, debates, discussões que definem as práticas de cuidado a serem implementadas. Nesse processo, o bom relacionamento entre os trabalhadores, de forma que todos sintam-se parceiros, vivenciando um clima laboral agradável, dinâmico e desburocratizado, pode determinar o sucesso da equipe com a gestão do cuidado.

Eu vou trabalhar essas reuniões de uma forma mais dinâmica, não tão presa a horários, então eu

bato na porta de um, pergunto o que está precisando, alguém me manda uma mensagem, olha eu preciso conversar contigo, aí a gente marca, a gente conversa, e aí vai no dia-a-dia, as necessidades vão aparecendo e a gente vai procurando trabalhar essas necessidades tais quais elas aparecem (GB10).

A gente tem a possibilidade de ser mais flexível e trabalhar o que é a necessidade de cada local, diariamente. E assim e é uma coisa muito dinâmica, aqui no Centro de Saúde é um exemplo disso, eu já mudei diversas vezes a forma de atuar, uma coisa era quando eu cheguei aqui, outra coisa é agora, a dinâmica é muito grande assim (GB7).

Pelos discursos, entende-se que se relacionar bem significa manter-se acessível para um diálogo claro e em momento oportuno, em que e as informações possam circular de maneira aberta e efetiva; significa sentir-se parte de uma equipe com convívio diário, cultivando uma postura de apoio, de suporte e de intermediação de conflitos, quando esses existirem.

A gestão do cuidado também tem relação com os que estão ao nosso lado, porque é o nosso convívio do dia-a-dia, as vezes um apoio, um atendimento, ou ficar do lado de alguma questão mais específica, às vezes, tem um, alguns conflitos que possam ser intermediados (GB6).

A minha atuação já é de muito tempo na área e isso é bom. Nós somos uma equipe grande, são 3 equipes e a gente se dá muito bem, com os outros médicos, enfermeiros. A convivência da gente é muito importante, com a coordenadora também é muito boa nossa relação (GA14).

Eu cheguei para as equipes e falei, o que vocês tiverem de importante, que precisarem discutir comigo ou vocês me ligam, me mandam mensagens, ou tal dia da semana normalmente eu estou aqui, aí vocês vêm e conversam comigo (GB1).

Nesse sentido, os dados demonstraram que o vínculo estabelecido entre os trabalhadores também exerce um papel fundamental no caminho da gestão do cuidado. Mais do que um encontro cordial, o vínculo aprofunda-se no contexto das relações, na medida em que pressupõe conexões de confiança, reciprocidade e sintonia. A inexistência de vínculo, pode desencadear processos truncados, burocratizados e desumanizados no cotidiano do trabalho, afetando negativamente a prática de um cuidado integral.

Tem que confiar, querendo ou não na tua equipe, se eu acho que vai precisar passar pelo médico, não tem que passar pela enfermeira para ela achar que tem que passar pelo médico, a gente já sabe o que é grave e não é, e tem coisa que a gente sabe que a gente pode liberar, eu acho que a gente deveria melhorar, essa é uma questão que a gente vai colocar em reunião agora, porque toma o nosso tempo também e muitas vezes tem que passar pela enfermeira, isso querendo ou não ocupa a minha agenda e a agenda dela (GA13)

Anteriormente, quando eu estava trabalhando com outro profissional médico, era mais tranquilo, a gente tinha uma sintonia, uma complementava a outra, atualmente já está mais difícil, eu tenho que fazer a minha a parte e passar a parte que não cabe a mim para ela e às vezes isso fica desconectado. Eu acho que é uma questão pessoal, de cada profissional mesmo. Mas acho que tem que ter essa conexão, essa sintonia, primeiro para agilizar na logística e como vem aumentando a nossa demanda fica mais fácil, de repente fazer um atendimento mais completo, mais efetivo, tem profissionais que já tem outra visão, e as coisas fluem mais naturalmente, então a gestão do cuidado com essa pessoa vai fluir melhor, mas é variável de acordo com o profissional (GA19).

Dessa forma, a gestão do cuidado como trabalho em equipe pleiteia junto aos trabalhadores, espaços concretos para o afinamento dos diversos processos de trabalho que se instituem dentro de um serviço de saúde, no contexto da APS. Tais espaços objetivam debater estratégias para a organização da equipe e do serviço, como estrutura

primordial para a gestão do cuidado, além de colaborar na decisão compartilhada de condutas clínicas. Esta organização refere-se a planejamento de tarefas, estabelecimentos de planos terapêuticos, definição de prioridades e divisão de responsabilidades.

Quando eu penso em gestão, eu penso em organizar o serviço e as tarefas. Ver quem seria o responsável por cada tarefa e o tempo que precisa para isso, ver que instrumentos precisa para isso, é basicamente planejar o cuidado, elencar prioridades, ver o que você dá mais prioridade, o que você deixa para o segundo plano, acho que eu pensaria nisso como gestão do cuidado (GA15).

Tem coisas que a gente já consegue dar alguma orientação, do que pode ser feito, que caminho ela deve seguir, e tem coisas que a gente não consegue auxiliar na hora e então a gente traz na unidade, conversa como enfermeiro, com o médico ou até em reunião, conversa com a equipe completa e vê como que a gente pode estar ofertando o atendimento para aquela pessoa (GA10).

Considerando a subjetividade

Nesta categoria, os dados demonstraram que a subjetividade dos trabalhadores, influencia fortemente os agenciamentos realizados na APS no caminho para a gestão do cuidado. A organização dos processos de trabalho instituídos, é profissional dependente, logo, todo o arranjo estabelecido no cotidiano dos serviços é sugestionado pela “bagagem” trazida por cada trabalhador.

Essa bagagem constituiu-se de valores elaborados ao longo da vida pessoal e laboral, influenciada fortemente pelo seu processo formativo e enriquecida pelas diversas vivências no decorrer da vida. Assim, os trabalhadores experimentam o exercício da significação e ressignificação de conceitos e paradigmas constantemente, o que por vezes pode desencadear conflitos dessa ordem.

O processo de trabalho é profissional dependente, então você tem normas, você tem protocolos, você tem diretrizes, tem uma política de atenção primária, mas você também tem uma pessoa, que

tem a sua formação, a sua vivência, os seus valores, e ela também está usando disso para fazer um filtro digamos assim, ela está resignificando todas essas normas institucionais para construir o trabalho dela com o usuário, e muitas vezes tem conflitos entre toda essa bagagem que ela traz e as normas institucionais (GC2).

Com relação a equipe do NASF, tem alguns profissionais que são mais acessíveis, então a gente consegue passar os casos mais rapidamente sem necessidade de ser somente no matriciamento e tem uns profissionais que não são tanto acessíveis e aí a gente tem que aguardar às vezes a data do matriciamento, tudo depende de cada profissional (GA18).

Você tem algumas barreiras, com relação ao perfil do profissional, porque muitos não entendem que agora estamos trabalhando já em outro patamar, a gente já passou daquela época de ficar entregando fichinha e dizer que eu só posso atender isso e isso, e que eu não vou atender mais. O profissional tem que entender que isso é uma visão da instituição, nossa missão é essa, e assim quer trabalhar de forma diferente [...] mas esse é um trabalho de formiguinha que a gente tem que ficar fazendo sempre (GD3).

Além disso, como se percebe nos discursos, concepções ultrapassadas sobre as formas de organização dos processos de trabalho no âmbito da APS, acabam por influenciar negativamente o cotidiano dos serviços e transformam-se em desafios importantes para a gestão do cuidado. Percebe-se que a estratégia de superação utilizada, associa-se ao domínio relacional, na medida em que se acredita que ao sensibilizar um trabalhador para a mudança, se possa posteriormente sensibilizar outro, e assim agregar novos sujeitos comprometidos para a mudança.

Nesse caminho, o comprometimento do trabalhador com o seu fazer revela-se como um agente coadjuvante para a gestão no cuidado, em especial quando faz-se necessário acessar outros níveis de atenção ou requisitar auxílio de outros trabalhadores, no sentido de um fazer articulado e continuado.

Eu acho bem importante que essa gestão do cuidado seja em equipe e quanto mais pessoas envolvidas no processo melhor vai ser, mas as pessoas precisam estar comprometidas [...], eu percebo que as vezes a gente encaminha para outros níveis ou até para o próprio NASF e as coisas se perdem, então a gestão não aconteceu, quando dependente de outros profissionais (GA14)

Eu tenho uma gestante que se mudou, eu fui lá, eu liguei para o posto, eu fui atrás, eu corri, eu pedi para eles que não deixassem, porque eu estava fazendo DOTS, porque ela ia dar abandono de tratamento e coisa e tal, eu fiz de tudo para que ela não se mudasse, eu arrumei material escolar para as crianças, eu arrumei cesta básica, coisas que eu não precisava estar fazendo, para ela não sair, porque sabia se ela fosse eu ia acabar perdendo o tratamento dela (GA4).

Eu acho que nosso município tem uma estrutura de saúde da família, de estratégia muito boa, tem uma equipe também muito boa e isso me ajuda muito nesse trabalho porque é como se fosse uma rede que a gente forma, ali dentro com uma equipe bem comprometida e a gente consegue com que o serviço tenha resultado (GA6).

Eu tenho uma médica na minha equipe muito parceira, médica de família, maravilhosa. Sabes que isso é 50% do trabalho da gente ou mais. As minhas agentes de saúde são maravilhosas. E a técnica, todos, é uma equipe muito boa e completa (GA7).

Para a gestão do cuidado, o reconhecimento do outro, como sujeito dotado de desejos, vontades e poder de decisão é um atributo essencial para o trabalhador envolvido na produção do cuidado, portanto, aceitar que o outro é o foco do seu trabalho, torna-se um exercício habitual e um desafio necessário. Sob este olhar, os dados demonstraram a necessidade de uma postura empática, diante das necessidades do outro.

Quando se fala em cuidado, me vem uma palavra muito forte que é empatia, eu não vejo nem para um, nem para o outro, tu podes ter as melhores evidências científicas, tu podes estudar, ter os melhores protocolos, antes de qualquer coisa tu tens que exercer essa empatia (GD4).

Tem essa questão do sentir-se de a pessoa ser ponto principal, digamos assim, ela está no topo de tudo, sociedade faz parte também, mas ela que realmente tem o livre de arbítrio de fazer ou de não fazer, a gente não pode obrigar ninguém a fazer nada (GB4).

DISCUSSÃO

A gestão do cuidado, como prática, articulação e implementação do cuidado, configura-se pelo encontro e ação minimamente de dois sujeitos: trabalhadores de saúde e usuários do serviço. Dessa forma, depreende-se um cenário, em que sujeitos trabalhadores, dotados de angústias, medos, problemas pessoais, sonhos, crenças e desejos cuidam de outros sujeitos usuários do serviço, também dotados das mesmas peculiaridades, associado a uma necessidade em saúde.

Nesse contexto, para os trabalhadores em saúde, abstrair-se de si configura-se ao mesmo tempo como uma estratégia importante para a gestão do cuidado, no sentido de evitar interferências subjetivas, mas também desafiadora, ao passo que essa prática demanda por um distanciamento do seu eu, para vislumbrar a realidade do outro e numa postura de empatia atuar para o cuidado. Ainda assim, a subjetividade, como estrutura fundante da pessoa, pode apresentá-la ao mundo de modo singular, quer seja no âmbito biomédico, quer seja com práticas de cuidado mais ou menos generosas com a pessoa. O trabalhador tem a liberdade sobre seu processo de trabalho, podendo decidir autonomamente sobre o que e como fazer (FRANCO, 2015).

Os achados dessa pesquisa corroboraram com esta concepção subjetiva e relacional, apresentando o trabalhador em saúde como uma importante figura para a produção da gestão do cuidado na APS. Isso porque, o fazer dentro deste contexto, caracteriza-se pelo trabalho em equipe multiprofissional, em que médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais especialistas do NASF, articulam-se por meio de uma prática comunicativa orientada para o entendimento mútuo, com o objetivo

de nortear um projeto assistencial comum, elaborar estratégias de cuidado e o papel de cada sujeito nessa ação, ressaltando, principalmente, a integralidade nos cuidados em saúde (ARAÚJO; ROCHA, 2007).

Pensar no trabalho em equipe como um espaço de interação, como mencionado nesta pesquisa, requer compreendê-lo como uma ação interdisciplinar, facilitada pela soma dos distintos olhares, em que a prática de um pode modificar e reconstruir a prática do outro trabalhador e assim ambos serem transformados para a intervenção na realidade em que estão inseridos (ARAÚJO; ROCHA, 2007). É exatamente essa proposta, de “contaminação de boas práticas”, que algumas entrevistas apresentam, especialmente quando se tenta desbancar atos conservadores, no caminho para uma gestão do cuidado contemporânea, no sentido de torná-la menos burocratizada, mais autônoma, resolutiva e sempre aberta a novas possibilidades, com foco nas reais necessidades do usuário e comunidade.

Nessa perspectiva, Melo e Matos (2018, p.107) destacam a premência de que a APS evolua, ao passo que seja capaz de combinar “acolhimento e atenção à demanda espontânea, cuidado continuado e atuação sobre problemas de saúde em sua dimensão coletiva”. Sobre esses processos de mudança, dentro das organizações. Domingues (2009) salienta que sempre existe a possibilidade de que resistências internas sejam criadas, impulsionadas pelo medo, perda de valores, e em alguns casos no desinteresse de inovar.

Em um estudo realizado com o objetivo de conhecer os vínculos profissionais no processo de trabalho de uma equipe de enfermagem, no âmbito hospitalar, evidenciou-se que os trabalhadores percebem a interação no grupo como favorável e conveniente para a realização do trabalho, traduzindo-o como acolhimento e, perpassando pela cooperação, e comprometimento no trabalho, com laços de companheirismo e confiança (JACONDINO *et al.*, 2014). Apesar de outro contexto, entende-se que a interação entre os trabalhadores, na constituição de uma equipe multiprofissional, no que se refere ao trabalho em equipe na APS, assemelha-se profundamente ao que foi revelado na mencionada pesquisa.

De todo modo, esse mesmo estudo revela que a construção de vínculos no cotidiano do trabalho, pode estar atrelado ao desejo de prestar atenção à saúde mais humanizada e competente (JACONDINO *et al.*, 2014), corroborando para a ideia, apresentada nos dados, de que a gestão do cuidado é trabalhador dependente, na medida em que está condicionada ao interesse, ao comprometimento, a vontade, ao desejo e

a significação e ressignificação do processo que cada trabalhador fornece. A forma como o universo simbólico está constituído pelos trabalhadores nos serviços, regula sua capacidade de escuta e respostas às demandas que emergem da população, bem como as possibilidades de mudanças das práticas de saúde e de gestão (SÁ; AZEVEDO, 2010).

Nesse sentido, o comprometimento com o trabalho revela-se como um fator desencadeante de sucesso nas relações e consequentemente favorecedor da gestão do cuidado. O comprometimento está diretamente relacionado ao engajamento com a sociedade enquanto ato social, responsabilidade com a utilização do conhecimento técnico científico que possui, no sentido de tornar-se mola propulsora de mudanças e de garantia desse processo. Quando um profissional não se compromete ele coloca o trabalho da equipe em crise. Sobre esse tema, Macambira, Bastos e Rossoni (2015) destacam que o comprometimento organizacional, é fortalecido no interior das relações no cotidiano de trabalho.

Outra questão importante a ser debatida, refere-se a postura empática do trabalhador, a empatia é um fenômeno multidimensional, essencial para a vida em sociedade, e se refere a capacidade de compreensão e preocupação com o bem-estar dos outros (PINHO; FALCONE, 2017) aborda componentes cognitivos, afetivos e comportamentais. Em um estudo realizado junto a médicos e docentes no estado de São Paulo, Brasil constatou-se a variabilidade de definição utilizadas para conceituar a empatia, entre elas: identificação, simpatia, sintonia, comunicação, afinidade, afetividade e convergência de objetivos (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Outro estudo realizado junto a equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde constatou-se que embora os profissionais compreendam e valorizem a empatia no desenvolvimento da prestação de cuidado, identificaram dificuldades relacionadas a falta de tempo, a influência de emoções do profissional e falta de valorização pela própria equipe de saúde. Por sorte, a empatia é uma habilidade passível de ser desenvolvida, na medida em que, implica em autoconhecimento (TAKAKI; SANT'ANA, 2004).

No ponto de vista de Lampert e Scortegagna (2015) a empatia pode auxiliar na compreensão das diferenças e influenciar na conectividade entre as pessoas no trabalho, contribuindo para o desenvolvimento de ambientes mais humanitários, interativos e criativos. Ainda, cabe mencionar o papel de destaque a empatia assume na relação terapêutica, uma vez que permite aos trabalhadores tomar a perspectiva do usuário, compreendendo-o e mostrando que se importa

com ele (DOMINGUES, 2009), apresenta-se, portanto, como “um adjuvante importante ao tratamento” e ao manejo do paciente (COSTA; AZEVEDO, 2010).

Em um estudo realizado junto a equipe de enfermagem com o objetivo de conhecer as relações interpessoais, contactou-se que o diálogo entre os trabalhadores pode estabelecer laços de afeto. Situação semelhante, pode ser encontrada neste estudo, quando o diálogo aberto, foi tomado como uma atividade colaborativa para um bom relacionamento na equipe (WAGNER *et al.*, 2009). Nesse caminho, relacional e comunicativo, Scholze, Duarte Júnior e Silva (2009) defendem que as integrações entre os sistemas de serviços de saúde, dependem da eficácia dos processos comunicativos instituídos no interior do sistema.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo evoluiu na tentativa de compreender a gestão do cuidado na atenção primária, a partir da dimensão relacional, com olhar sensibilizado para a produção do cuidado em rede e no protagonismo dos trabalhadores e usuários nesse processo.

O trabalho em equipe toma um papel central na medida em que se constituiu meio propício para o encontro entre os sujeitos envolvidos nos atos de cuidado e de gestão do cuidado na atenção primária à saúde. Reconhecer a força e o poder dessas relações requer voltar-se para investimentos de formação, vínculos de trabalho e incentivo a polícias públicas, capazes de considerar a qualificação dos trabalhadores, no desenvolvimento de habilidades e competências a partir desta lógica.

Evidenciou-se a forte influência que a subjetividade exerce sobre a gestão do cuidado, tendo em vista que ela se efetiva na relação entre os sujeitos. As redes de comunicação e cooperação construídas a partir destas relações, personificam-se no cotidiano do trabalho, quando imbricados no ato de cuidar, trabalhadores buscam por alternativas de articulação da rede, o que desencadeia um sentimento de maior responsabilização sobre o processo. Por isso, acredita-se que proporcionar uma aproximação real entre os trabalhadores, pode favorecer e fortalecer as práticas de gestão do cuidado.

Assim, entende-se que não apenas de conhecimento técnico-científico se constitui um trabalhador, mas também da sua capacidade de escuta, comprometimento, criatividade e sensibilidade para um olhar atento, a partir de uma perspectiva diferenciada para o cuidado, em que as relações tomam destaque nos processos de trabalho das instituições

de saúde.

Acredita-se que este estudo alcançou o seu objetivo. Entretanto, considera-se que este não esgotou o tema, de maneira que se propõe o desenvolvimento de novas pesquisas que possam corroborar os achados em outras realidades brasileiras e caminhar para o fortalecimento da dimensão relacional da gestão do cuidado na atenção primária em saúde.

REFERÊNCIAS

AGONIGI, R. C. *et al.* A produção do cuidado no cotidiano das Equipes de Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 71, supl. 6, 2018, p. 2659-2665. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018001202659&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: Fev, 2019.

ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário?. *In:* ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org) **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p.277-303.

ARAÚJO, M. B. de S.; ROCHA, P. de M. Trabalho em equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2007, p. 455-464. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em:Fev, 2019.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para a análise qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory**. Los Angeles: SAGE, 2014.

COSTA, F. D. da; AZEVEDO, R.C.S. de. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 2, 2010, p. 261- 269. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022010000200010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019

DOMINGUES, A.R.S. **Inteligência Emocional, Empatia e Satisfação no Trabalho em Médicos**. (Dissertação) - Mestrado em Temas de Psicologia Ramo de Psicologia da Saúde. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Universidade do Porto. Porto, Portugal, Maio 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/54995/2/29525.pdf>. Acessado em: Fev. 2019.

FRANCO, T.B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org) **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Cidades@**, Florianópolis, 2019. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232CV>. Acessado em: jan. 2019.

JACONDINO, M. B. *et al*. Vínculos profissionais no trabalho da enfermagem: elemento importante para o cuidado. **Enferm. glob.**, Murcia , v. 13, n. 34, 2014, p. 148-159. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200007&lng=es&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2019.

LAMPERT, C. D. T.; SCORTEGAGNA, S. A. Subjetividade e empatia no trabalho do cuidado. **Farol – Revista de Estudos Organizacionais e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 2, n. 5, 2015, p. 756-786. Disponível em: <https://revistas.face.ufmg.br/index.php/farol/article/view/3133>. Acessado em: Fev. 2019.

MACAMBIRA, M; BASTOS, A.V.B; ROSSONI, L. Redes sociais e o vínculo com a organização: como a estrutura das relações explica o comprometimento, o entrincheiramento e o consentimento. **Rev. Psicol., Organ. Trab**, v. 15, n. 2, 2015, p. 109-122. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-

[66572015000200002](https://doi.org/10.6677/2015000200002). Acessado em: Fev. 2019.

MELO, E; MATTOS, R. Gestão do cuidado e atenção básica: controle ou defesa da vida? *In: MENDONÇA, M.H.M. et al. Atenção Primária à saúde no Brasil: Conceitos, práticas e pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2018, p. 95-116.

MORI, V. D.; REY, F. G. A saúde como processo subjetivo: uma reflexão necessária. **Psicol. teor. prat.**, São Paulo , v. 14, n. 3, p. 140-152, dez. 2012 . Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000300012&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: 13 fevereiro 2019.

PAIVA, T.C.R; MARTINS, M.I.C. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. *In: MARTINS, M.I.C et al (Org.). Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas*. Portugal - Brasil: Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho, Escola Acional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz (Fiocruz), 2014. p. 293-303. Livro eletrônico. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/current. Acessado em: Jan. 2016.

PINHO, V.D. de; FALCONE, E.M.de O. Relações entre empatia, resiliência e perdão interpessoal. **Rev. bras.ter. cogn.**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, 2017, p. 138-146. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-56872017000200009&lng=pt&nrm=iso. Acessado em: Fev, 2019.

RAMOS, M.G. **A comunicação interna em rede como geradora de motivação, envolvimento e participação nas organizações- estudo de caso: UNICER**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Comunicação) - Faculdade de Ciências Humanas, Universidade Católica Portuguesa, cidade, ano. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/21250>. Acessado em: Fev. 2019.

Sá, M.C.; AZEVEDO, C.S. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010. p. 2345-2354, Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413->

[81232010000500010&script=sci_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/sci_abstract&tlng=pt). Acessado em: Fev 2019.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Data analysis: comparison between the different methodological perspectives of the Grounded Theory. **Rev Esc Enferm USP**. v.52, e03303, 2018, p.1-9. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100600&lng=en&nrm=iso&tlng=en. Acessado em: Fev. 2019.

SCHERER, M.D.A.; MENEZES, E.L. Atenção Primária à Saúde: espaço potencial de criatividade. **Tempus, actas de saúde colet**, Brasília, v.10, n.3, 2016, p.137-146. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1763>. Acessado em: Fev. 2019.

SCHOLZE, A.S; DUARTE JUNIOR, C.F; SILVA, Y.F. Trabalho em saúde e a implantação do acolhimento na atenção primária à saúde: afeto, empatia ou alteridade?. **Interface (Botucatu)**, v.13, n.31, 2009, p.303-314. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000400006. Acessado em: fev.2019.

TAKAKI, M.H; SANT'ANA, D.de M.G. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de enfermagem de uma unidade básica de saúde. **Cogitare Enferm.**, Curitiba, v. 9 n. 1, 2004, p. 79-83. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1708>. Acessado em: Fev. 2019.

WAGNER, L. R. *et al.* Relações interpessoais no trabalho: percepção de técnicos e auxiliares de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 1, 2009, p. 107-113. Universidade Federal do Paraná Curitiba, Paraná, Brasil. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/14123>. Acessado em: Fev. 2019.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O primeiro objetivo desta Tese buscou analisar o significado do termo “Gestão do Cuidado”, no contexto da Atenção Primária em Saúde, na literatura científica nacional e internacional, por meio de uma revisão integrativa da literatura. Nesta busca, procuramos acessar o maior número de trabalhos disponíveis, no intuito de compreender o significado do termo de forma ampla e abrangente.

Entretanto, constatamos que o termo gestão do cuidado, apesar de fortemente disseminado na literatura científica da área da saúde e da enfermagem, em especial no Brasil, não se configurava como uma terminologia DeCS (Descritor em Ciências da Saúde), e tão pouco, como um Termo MESH (*Medical Subject Headings*), o que em nosso entendimento pode ter atrapalhado o processo de busca e localização de manuscritos, uma vez que a ausência de padronização pode ocasionar certa dificuldade no acesso e socialização dos trabalhos realizados com esta temática. Apesar disso, entendemos que as estratégias de busca organizadas para as diferentes bases de dados, nos proporcionou um acesso amplo e de qualidade para a efetivação desta etapa da pesquisa.

Observamos que a maioria dos trabalhos, localizados a partir da busca inicial, tinha como cenário de pesquisa outras instâncias que não os serviços da Atenção Primária. Tal fato revelou que a produção científica na área ainda é bastante incipiente, apesar de todo o debate no âmbito mundial, com enfoque na APS como ordenadora do cuidado na rede de serviços dos sistemas de saúde, dos diferentes países.

O acesso e leitura de trabalhos, com diferentes abordagens, permitiu-nos ampliar nossa compreensão sobre o objeto de estudo desta Tese. Nesse sentido, destacamos que em diversos países, como nos Estados Unidos (EUA) e na Nova Zelândia a gestão do cuidado pode configurar-se como um “Programa”, em que os usuários são incluídos a partir de critérios previamente estabelecidos e encaminhados de diversos setores.

Esses “programas”, na grande maioria das vezes, são destinados a usuários com algum diagnóstico de doença crônica, considerados de difícil manejo e cujo cuidado exige a articulação de diferentes profissionais e serviços, além de uma atenção mais intensa. Nesse sentido, faz-se necessário ressaltar que apesar de todos os entraves, dificuldades e desafios que o Brasil vivencia no âmbito do SUS, o país apresenta-se com experiências exitosas, especialmente, no que se refere à universalidade do acesso aos serviços e cuidados de saúde.

Ainda, sobre esta etapa da pesquisa, destaca-se a identificação de

uma ampla gama de significados e usos do termo “Gestão do Cuidado” no contexto da atenção primária. A incorporação de práticas de gestão do cuidado na atenção primária não é exclusiva de uma única categoria profissional e se dá por meio de apoio social, ações clínico-terapêuticas e da gestão organizacional. Estas ações são influenciadas pela concepção de saúde dos sujeitos e por barreiras relacionadas aos profissionais e aos serviços de saúde. A gestão do cuidado transita desde o plano individual, no qual o protagonista é o sujeito a ser cuidado, até extrapolar o próprio sistema de saúde, pela busca da consolidação da rede de atenção.

A gestão do cuidado possui elementos importantes que devem estar associados para garantir sua viabilidade. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de competência profissional, boa comunicação, atitude colaborativa, senso de responsabilidade, capacidade de articulação comunitária e a incorporação de um olhar mais integral ao paciente e suas demandas.

Além disso, algumas ferramentas foram identificadas, e dentre elas, entendemos que merecem destaque:

1. O uso de tecnologias de comunicação como o telefone e o e-mail, por possibilitarem a ampliação do acesso aos serviços, aproximação de trabalhadores e usuários, no sentido do estabelecimento de vínculos longitudinais e acompanhamento do usuário de forma remota, contínua e menos onerosa aos sistemas de saúde;
2. A elaboração e utilização de Protocolos Clínico-terapêuticos, e a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), como instrumentos fundamentais de suporte na tomada de decisão clínica e acompanhamento, e como ferramentas capazes de garantir legalmente a ampliação do fazer de algumas categorias profissionais, dentre elas a enfermagem. Estes instrumentos contribuem, portanto, para a gestão do cuidado, ao passo que oferecem uma sequência de passos padronizados.

No que se refere ao Modelo Teórico-explicativo da gestão do cuidado na APS, entendemos que, como uma abstração organizada a partir da análise das experiências, vivências e significados de diferentes trabalhadores, alcançou seu objetivo, na medida em que se sustenta como representação da gestão do cuidado na APS.

O trabalho em equipe toma um papel central na medida em que se constituiu meio propício para o encontro entre os sujeitos envolvidos nos atos de cuidado e de gestão do cuidado na atenção primária à saúde.

Reconhecer a força e o poder dessas relações requer voltar-se para investimentos de formação, vínculos de trabalho e incentivo às polícias públicas, capazes de considerar a qualificação dos trabalhadores, no desenvolvimento de habilidades e competências a partir desta lógica.

Evidenciamos a forte influência que a subjetividade exerce sobre a gestão do cuidado, tendo em vista que ela se efetiva na relação entre os sujeitos. As redes de comunicação e cooperação construídas a partir destas relações, personificam-se no cotidiano do trabalho, quando imbricados no ato de cuidar, trabalhadores buscam por alternativas de articulação das redes, o que desencadeia um sentimento de maior responsabilização sobre o processo. Por isso, acreditamos que a aproximação real entre os trabalhadores, pode favorecer e fortalecer as práticas de gestão do cuidado.

Assim, entendemos que não apenas de conhecimento técnico-científico se constitui um trabalhador, mas também da sua capacidade de escuta, comprometimento, criatividade e sensibilidade para um olhar atento, a partir de uma perspectiva diferenciada para o cuidado, na qual as relações tomam destaque nos processos de trabalho das instituições de saúde.

Diante do exposto, sustenta-se a TESE de que a gestão do cuidado na APS concretiza-se no cotidiano do trabalho, permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários na plena efetivação do cuidado em saúde e determinada pelo significado atribuído pelos trabalhadores. Defende-se ainda que a gestão do cuidado se constitui da articulação de quatro dimensões, que se apresentam de forma interdependente: organizacional, relacional, assistencial e sócio-política.

Acreditamos que essa pesquisa tenha proporcionado momentos de reflexão para os seus participantes, e assim contribuído para que novas práticas e possibilidades possam ser implementadas, tendo por base um olhar sensibilizado, a problematização crítica da realidade, o fortalecimento da produção do cuidado em rede e estímulo ao protagonismo dos trabalhadores e usuários nesse processo.

Destacamos que o cenário desta pesquisa apresenta uma APS privilegiada, na medida em que possui profissionais qualificados, o que pode ser constatado a partir do perfil acadêmico dos participantes desta pesquisa. Sugere-se, dessa forma, que outros estudos sejam realizados em diferentes realidades, no intuito de aprofundar e ampliar o conhecimento sobre a temática.

REFERÊNCIAS

ADAMY, E.K. *et al.* Validação na teoria fundamentada nos dados: rodas de conversa como estratégia metodológica. *Rev Bras Enferm*, v.71, n.6, 2018, p.3299-304. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71n6/pt_0034-7167-reben-71-06-3121.pdf. Acessado em: Abr.2019.

AYRES, J.R.C.M. **Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC-IMC/UERJ - ABRASCO, 2009. 282 p. (Coleção Clássicos para Integralidade em Saúde).

BOFF, L. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. **Inclusão Social**, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>. Acessado em: Jan. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acessado em: jul.2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, DF, 24 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html. Acessado em: nov. 2018.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e as normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Conselho Nacional de Saúde. Brasília, DF, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. **Portaria nº 1.645, de 2 de outubro de 2015.** Dispõe sobre o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Brasília, DF, 2015.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1645_01_10_2015.html. Acessado em: 12 fevereiro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **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). Brasília, DF, 21 set. 2017.

Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html Acessado em: nov. 2018.

CAMPOS, R.T.O. *et al.* Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, n. spe, 2014,p. 252-264.

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042014000600252&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

CECILIO, L.C.O. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 15, n. 37, 2011, p. 589-99,

Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832011000200021&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

CECILIO, L.C.O. *et al.* A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012, p. 2893-2902. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232012001100006&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

CHARMAZ, K. **A construção da teoria fundamentada: guia prático para a análise qualitativa.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

CHARMAZ, K. **Constructing Grounded Theory.** Los Angeles: SAGE, 2014.

CECILIO, H.P.M; OLIVEIRA, D.C. Modelos de revisão integrativa: discussão na pesquisa em Enfermagem. **Atas - Investigação Qualitativa em Saúde**, v.2, 2017, p.764-72. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2017/article/view/1272> Acessado em: Fev. 2019.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B.; ARAUJO, M. E. O acesso por meio do acolhimento na Atenção Básica à Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 33, n. 3, 2009, p. 440-452. Disponível em: <http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2009/v33n3/a011.pdf>. Acessado em: Jan. 2018.

CORIOLO-MARINUS, M.W.L *et al.* Comunicação entre trabalhadores de saúde e usuários no cuidado à criança menor de dois anos no contexto de uma unidade de saúde da família. **Interface**, v. 19, n. 53, 2015, p.311-324. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140552.pdf>. Acessado em: Jan. 2018.

CNES. Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/>. Acesso em: Jan. 2016.

CUNHA, E.M; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2011. p. 1029-42. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036. Acessado em: Fev. 2019.

CHRISTMALS, CD; GROSS, JJ. An Integrative literature review framework for postgraduate nursing reserach reviews. *European Journal of Reserach in Medical Sciences*, v.5, n.1, 2017, p7-15. Disponível em: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rpern0.pdf> Acessado em: AB. 2019

DOMBROWSKI, J.G; PONTES, J.A; ASSIS, W.A.L.M. Atuação do enfermeiro na prescrição de contraceptivos hormonais na rede de atenção primária em saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. 6, 2013, p. 827-832. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672013000600003&script=sci_abstract. Acessado em: Fev. 2019.

ERDMANN, A.L *et al.* Gestão das práticas de saúde na perspectiva do cuidado complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 3, 2006, p. 483-491. Disponível em:
http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072006000300014&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

FERNANDES, M.C; SILVA, L.M.S. Gerência do cuidado do enfermeiro na estratégia saúde da família: revisão integrativa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.14, n.2, 2013, p.438-47. Disponível em: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3407>. Acessado em: Jan. 2018.

FEUERWERKER, L.C.M. A cadeia do cuidado em Saúde. *In:* MARINS, J.J *et al* (Org.). **Educação, Saúde e Gestão**. Rio de Janeiro e São Paulo: Abem- Hucitec, 2011. Disponível em:
http://www.ufrgs.br/cuidadocomapele/arquivos/textos_para_leitura/a_rede_de_atencao_a_sau_de_e_o_sus/a_cadeia_do_cuidado_em_saude.pdf. Acesso em: Jan. 2016.

FEUERWERKER, L.C.M. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação**. Porto Alegre: Rede Unida, 2014. 174 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).

FLICK, U. **Introdução a Pesquisa Qualitativa**. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, 405p.

FLORIANÓPOLIS. Portaria nº 26, de 14 de março de 2014. Aprova a carteira de serviços da atenção primária à saúde de Florianópolis. **Diário oficial eletrônico do município de Florianópolis**, Florianópolis, SC, 14 mar. 2014. Disponível em:
http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/diario/pdf/14_03_2014_19.30.20.d9658a08f3f5ab39d3bef_6929595fb78.pdf. Acesso em: jul.2014.

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. Integralidade na Assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. *In:* MERHY, E.E *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no**

cotidiano – o debate da saúde coletiva. 3 ed, São Paulo: Hucitec, 2006, p.125-133.

FRANCO, T.B; MERHY, E.E. Cartografias do Trabalho e cuidado em saúde. **Revista Eletrônica Tempus**: Actas de Saúde Coletiva, v. 6, n. 2, 2012, p.151-163. Disponível em:

<http://www.tempus.unb.br/index.php/tempus/article/view/1120>.

Acessado em: Fev. 2016.

FRANCO, T.B. Redes de Cuidado: Conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. *In*: ALMEIDA, P.F; SANTOS, A.M; SOUZA, M.K.B (Org). **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015, p.261-275.

GRABOIS, V. Gestão do cuidado. *In*: GONDIM, R.; GRABOIS, V.; MENDES JUNIOR, W. V. (org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz/ENSP/EAD, 2011. p.153-190. Disponível em: <http://brasil.campusvirtualsp.org/node/182277>. Acessado em: Jan. 2016.

GRANT, M.J; BOOTH, A. A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies, **Health Info Libr J.**, v.26, n.2, 2009, p. 91-108. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19490148>. Acessado em: Abr. 2009.

IBGE. Instituto Brasileiro de geografia e Estatística. **Cidades@**, Florianópolis, 2014. Disponível em: <http://cod.ibge.gov.br/232CV>. Acessado em: jun. 2014.

MACHADO, M.M.T; LEITÃO, G.C.M; HOLANDA, F.U.X. O conceito de ação comunicativa: uma contribuição para a consulta de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, 2005, p. 723-728. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692005000500017&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

MATUMOTO, S. *et al*. Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, 2005, p. 9- 24. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832005000100002&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

MATTOS, R.A. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. *In*: PINHEIRO, R; MATTOS, R.A (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2009. p. 43-68.

MINAYO, MCS. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Revista Pesquisa Qualitativa*. São Paulo, v. 5, n. 7, 2017, p. 01-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/index.php/rpq/article/view/82/59>. Acessado em: Abr. 2019.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, 2010, p. 2297-2305. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232010000500005&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

OLIVEIRA, D.C *et al.* Estrutura organizacional da atenção pós-parto na estratégia saúde da família, **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, 2013, p. 446-454. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452013000300446&script=sci_abstract. Acessado em: Jul. 2017.

OLIVEIRA, L.S *et al.* Acessibilidade e atenção básica em um distrito sanitário de Salvador. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, 2012, p. 3047-3056. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100021&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2018.

OLIVEIRA, M.A.C; PEREIRA, I.C. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 66, n. spe, 2013, p. 158-164. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acessado em: Fev. 2018.

OLIVEIRA NETO, F.S. Micropolítica do trabalho na estratégia de saúde da família: quem cuida também precisa de cuidados? **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, v.6, n.21, 2011, p.239-48. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmf/article/view/120>. Acessado em: Jan. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS – contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://apsredes.org/a-atencao-a-saude-coordenada-pela-aps-construindo-as-redes-de-atencao-no-sus-contribuicoes-para-o-debate/>. Acessado em: Jun. 2017.

PÁDUA, E.M.M. Metodologia da pesquisa: abordagem teórico-prática. 17. ed. Campinas, SP: Papyrus, 2012. 97 p.

PAIVA, T.C.R; MARTINS, M.I.C. As atividades do cuidado na área da gestão em saúde. In: MARTINS, M.I.C *et al* (Org.). **Trabalho em saúde, desigualdades e políticas públicas**. Portugal - Brasil: Centro de Investigação em Ciências Sociais, Universidade do Minho, Escola Acional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo da Cruz (Fiocruz), 2014. 293-303. Livro eletrônico. Disponível em: http://www.lasics.uminho.pt/ojs/index.php/cics_ebooks/issue/current. Acessado em: jan. 2016.

PEREIRA, A.M.M. *et al*. Atenção primária à saúde na América do Sul em perspectiva comparada: mudanças e tendências. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, 2012, p. 482-499. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042012000300019. Acessado em: Abr. 2019.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PIRES, M.R.G.M.; GÖTTEMS, L.B.D. Análise da gestão do cuidado no programa de saúde da família: referencial teórico-metodológico. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, p. 294- 299, Apr. 2009. Disponível

em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000200020&lng=en&nrm=iso. Acessado em: 12 Feb. 2018.

ROCHA, F.C.V *et al.* O cuidado do enfermeiro ao idoso na estratégia saúde da família. **Rev. Enferm. Uerj**, v. 2, n. 19, 2011, p.186-191. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a03.pdf>. Acessado em: Fev. 2018.

RODRIGUES, L.B. B. *et al.* A atenção primária a saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2014, v. 19, n. 2, p. 343-352. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000200343&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2019

ROSSI, F.R.; LIMA, M.A.D.S. Fundamentos para processos gerenciais na prática do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 39, n. 4, 2005, p. 460-468. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000400013&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Fev. 2018.

SANCHEZ, R.M; CICONELLI, R.M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p.260-268, 2012. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2012.v31n3/260-268/>. Acessado em: jan. 2018.

SANTOS, A.M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde**. 2013. 332 f. Tese (Doutorado) - Curso de Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ENSP, Rio de Janeiro, 2013.

SANTOS, J.L.G. *et al.* Análise de dados: comparação entre as diferentes perspectivas metodológicas da Teoria Fundamentada nos Dados. **Rev Esc Enferm USP**. São Paulo, v.52, n.e03303, 2018, p. 1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0080-62342018000100600&lng=en&nrm=iso&tlng=pt Acessado em: 18 Feb, 2019.

SCHIMITH, M.D *et al.* Continuity of care in the Health Care Network: negotiation between users and professionals. **Rev Rene**, v. 15, n. 5, 2014, p.804-811. Disponível em: <http://www.periodicos.ufc.br/rene/article/view/3252>. Acessado em: Jan. 2017.

SCHIMITH, M.D *et al.* Gestão do trabalho: implicações para o cuidado na atenção primária à saúde. **Enfermería Global**, v. 14, n. 38, 2015, p.190-204. Disponível em: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412015000200011&script=sci_abstract&tlng=pt. Acessado em: Jan. 2016.

SILVA, L.O.L. *et al.* Acessibilidade ao serviço de saúde: percepções de usuários e profissionais de saúde. **Cogitare Enferm.**, v. 16, n. 4, 2011, p.654-660. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/viewFile/25434/17053>. Acessado em: jan. 2018.

SODER, R. *et al.* Desafios da Gestão do Cuidado na Atenção Básica: Perspectiva da Equipe de Enfermagem. **Enferm. Foco**, v.9, n.3, 2018, p.76-80. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/1496>. Acessado em: Abr. 2019.

SOL, A.A; VÁZQUEZ, R.F. Influencia de la gestión del cuidado en la calidad de la atención de Salud. **Rev Cubana Enfermer**, Ciudad de la Habana, v. 26, n. 2, 2010. Disponível em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000200003&lng=es&nrm=iso. Acessado em: Feb. 2018.

SOUZA, M.L. *et al.* O cuidado em Enfermagem: uma aproximação teórica. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, 2005, p. 266-270, Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200015&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2018.

SOUZA, M.F. **Partindo do trabalho individual para um trabalho transdisciplinar, reafirmando a necessidade de auto.** 2010. 34 f. Monografia (Especialização) - Curso de Curso de Especialização em

Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2010.

Sousa *et al.* Revisões da Literatura Científica: tipos, métodos e aplicações em enfermagem. **RPER**, v.1, n.1, 2018, p.45-54. Disponível em: <https://www.aper.pt/ficheiros/revista/rpern0.pdf>. Acessado em: Abr. 2019.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TUZZO, S.A; BRAGA, C.F. O metafenômeno no processo de triangulação da pesquisa qualitativa. *In*: Congresso Ibero-americano em Investigação Qualitativa, 5, 2016, Porto, Portugal. Atas CIAIQ2016. Disponível em: <https://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/936/919>. Acessado em: Abr. 2019.

VIEGAS, S.F; PENNA, C.M.M. As dimensões da integralidade no cuidado em saúde no cotidiano da Estratégia Saúde da Família no Vale do Jequitinhonha, MG, Brasil. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 19, n. 55, 2015, p. 1089-1100. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832015000401089&lng=en&nrm=iso. Acessado em: Fev. 2018.

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The Integrative review: updated methodology. **Journal of Advanced Nursing**, v.52, n.5, p.546-553, 2005.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Dados de identificação do participante – primeiro grupo amostral

Categoria profissional:	
Idade em anos:	Data:
Sexo:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino
Escola de Formação (se nível superior)	<input type="checkbox"/> Instituição Pública <input type="checkbox"/> Instituição Privada
Ano de conclusão da graduação (se nível superior):	
Possui algum curso de pós-graduação (se nível superior)?	<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Cursando <input type="checkbox"/> Interrompido
	Qual modalidade? <input type="checkbox"/> Especialização <input type="checkbox"/> Residência <input type="checkbox"/> Mestrado <input type="checkbox"/> Doutorado Área da Pós-Graduação: _____ Ano de Término: _____
Tempo de atuação profissional em ESF (em meses ou anos):	
Tempo de atuação em ESF no município de Florianópolis (em meses ou anos):	

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista– primeiro grupo amostral

1. Fale-me sobre o seu trabalho como profissional da ESF.
2. Qual o significado da gestão do cuidado para você?
3. Conte-me sobre os momentos no seu cotidiano de trabalho em que realiza a gestão do cuidado.
 - O que você faz?
 - Como você faz?
 - Que estratégias utiliza?
 - Quais os pontos positivos?
 - Quais as dificuldades?
4. Há algo mais que você considere importante me falar sobre esse tema?

APÊNDICE C – Apresentação aos validadores

Prezado!

Você está sendo convidado a colaborar com o processo de validação do Modelo Teórico-explicativo sobre Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde.

O Modelo Teórico-explicativo constitui-se de uma abstração organizada a partir da análise das experiências, vivências e significados de diferentes trabalhadores em saúde, acerca da gestão do cuidado na atenção primária em saúde. Como trabalhadores de saúde incluíram-se: médicos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde e técnicos de enfermagem, enquanto integrantes da equipe básica de saúde; trabalhadores do Núcleo de Apoio a Saúde da Família, gestores distritais e municipais.

Trata-se de um resultado de pesquisa, elaborada para a Tese de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sustentada no entendimento de que a gestão do cuidado na APS concretiza-se no cotidiano do trabalho, permeada pela complexidade das relações entre gestores, trabalhadores e usuários na plena efetivação do cuidado em saúde e determinada pelo significado atribuído pelos trabalhadores. Defende-se ainda que a gestão do cuidado se constitui da articulação de quatro dimensões, que se apresentam de forma interdependentes: organizacional, relacional, assistencial e sócio-política.

A dimensão organizacional representada pela categoria “Organizando para a gestão do cuidado” refere-se ao processo de estruturação e articulação do serviço, na tentativa de subsidiar a gestão do cuidado. Desta dimensão emergem quatro eixos, considerados estratégicos e interdependentes, que corroboram com o processo.

O primeiro eixo desta dimensão, perpassa pelo reconhecer da realidade, numa perspectiva diagnóstica, quer seja no âmbito individual do sujeito, considerando os diferentes contextos de vida; quer seja no âmbito coletivo, do território como espaço fundamental para os atos de cuidado; quer seja no âmbito social, das relações de cuidados que se estabelecem no seio dos serviços de saúde, com todas as suas fragilidades, fortalezas e desafios.

O segundo eixo perpassa pelo planejamento e busca de estratégias para a gestão do cuidado, refere-se a organização das equipes no e para o território, na organização dos processos de trabalho dentro do serviço, dos fluxos internos, da organização das agendas e das formas de acesso

dos usuários e seus dispositivos, como as mídias sociais e a garantia de insumos de qualidade e quantidade suficientes.

O terceiro eixo perpassa pela articulação das redes, no sentido de envolver os vários níveis de atenção na gestão do cuidado, pela organização das linhas de cuidado ao longo da rede estruturante, pela coordenação do cuidado nesse processo, pela garantia da continuidade do cuidado, na perspectiva da longitudinalidade e da integralidade.

A dimensão assistencial representada pela categoria “implementando a gestão do cuidado no âmbito assistencial” refere-se às ações relacionadas à prática clínica assistencial, do encontro entre trabalhadores e usuários, configura-se em 3 eixos:

O primeiro eixo refere-se à prestação da assistência ao usuário, no sentido da implementação de práticas de cuidado, que podem ocorrer em diferentes conjunturas da APS: no acolhimento das demandas, enquanto escuta atenta e ativa, desde a recepção, sala de vacina, sala de procedimentos, até a consulta médica ou de enfermagem; na realização de atividades coletivas, nas visitas domiciliares ou no território como um todo.

O segundo eixo centraliza o cuidado no usuário, transformando-o no foco de atuação dos trabalhadores, perpassando pela compreensão das suas necessidades individuais e coletivas, pela percepção das diversas situações de saúde, que podem ser encontradas no território, sempre de forma singular e no intuito de obter a satisfação da pessoa.

O terceiro eixo, construindo planos de cuidado, no sentido de que a tomada de decisão deve ocorrer de forma conjunta com o usuário, com ampliação do olhar além da consulta e supervisão do cuidado.

Na dimensão relacional representada pela categoria “relacionando-se com outros sujeitos para a gestão do cuidado” fala-se sobre o papel que a relação entre os sujeitos exerce no caminho para a gestão do cuidado. Estrutura-se em dois eixos:

No primeiro eixo “trabalhando em equipe” os dados revelaram que os trabalhadores entendem a gestão do cuidado enquanto um trabalho de equipe, a partir do encontro entre os sujeitos e trabalhadores, onde os atos de cuidado devem ser compartilhados entre os diferentes sujeitos envolvidos, busca-se por um afinamento dos processos de trabalho, com comprometimento profissional, bom relacionamento e convívio entre os profissionais dentro do serviço, discussão entre a equipe com decisão conjunta e compartilhada.

No segundo eixo “considerando a subjetividade” os dados demonstraram que a subjetividade dos trabalhadores, influencia fortemente os agenciamentos realizados na APS no caminho para a

gestão do cuidado, que perpassa pelo envolvimento, comprometimento e responsabilização dos trabalhadores, com a capacidade de manter-se em postura empática, disponível, acessível, geradora de confiança e principalmente no exercício diário de aceitação do desejo do outro.

Na dimensão sócio-pol “Articulando-se social e politicamente” a gestão do cuidado emerge enquanto um processo social, são as formas pelas quais os indivíduos se relacionam uns com os outros, e estabelecem relações interpessoais e sociais no contexto da vida. Reforça a necessidade de um conceito ampliado de saúde, com observação dos determinantes e condicionantes sociais.

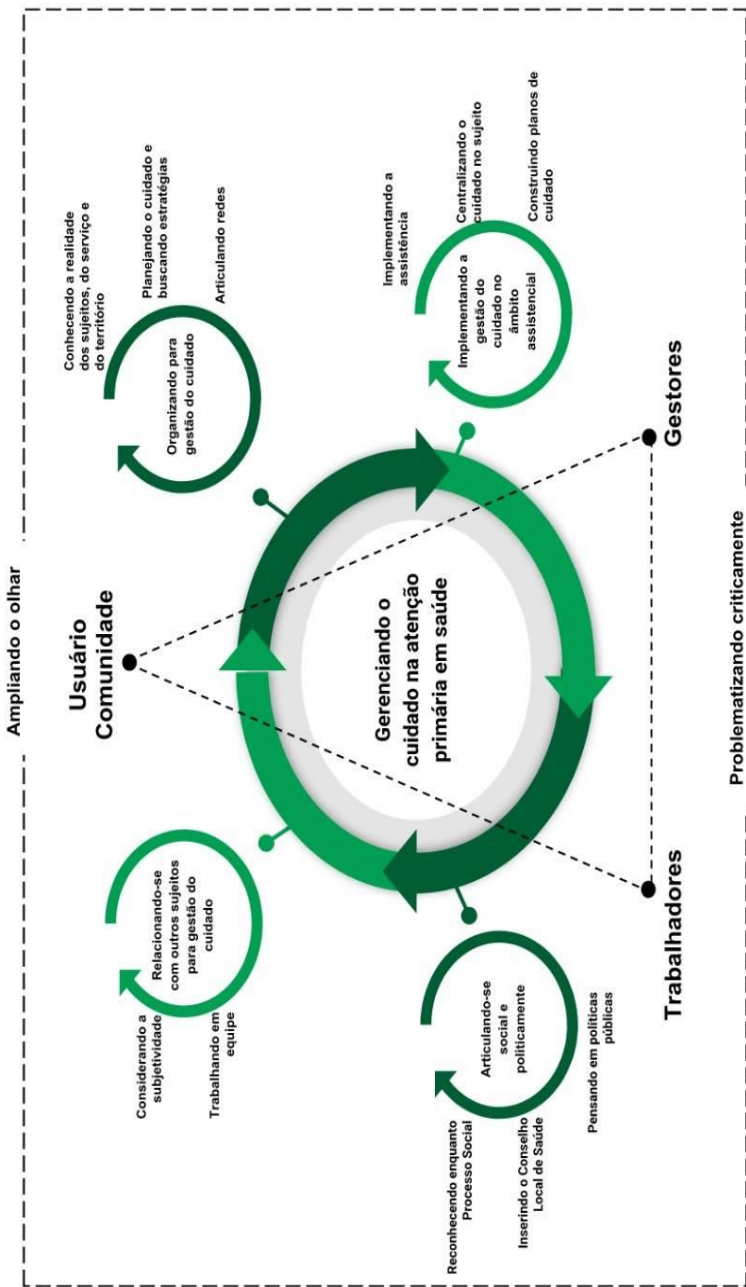
Além disso, refere-se à capacidade de articulação, movimentação e acesso a outros setores e instâncias governamentais, na medida em que se identifica situações e condições de saúde que vão além da governabilidade apenas do serviço de saúde.

Percebe-se o papel que o controle social e a gestão, exercem para a gestão do cuidado, no sentido de colaboração no processo de lutas e reivindicações e de subsídio por intermédio da elaboração e suporte para implementação de políticas públicas, respectivamente.

Por fim, nas **subdimensões “ampliando o olhar” e “problematizando criticamente”** verifica-se a relevância de um olhar caridoso, afetivo e sensibilizado para as necessidades do outro, capaz de zelar pela gestão do cuidado em todas as suas dimensões. Além disso, proporciona uma problematização crítica das diversas situações encontradas no cotidiano do trabalho.

A seguir, apresenta-se o Modelo Teórico-explicativo do fenômeno emergente: Gerenciando o cuidado na atenção primária em saúde. Nesta perspectiva, é possível visualizar as conexões construídas entre as dimensões e subdimensões do fenômeno.

Sua participação consiste em realizar ponderações, de forma descritiva, sobre o Modelo apresentado, em especial, quanto a sua coerência, articulação, representatividade e uso adequado dos termos.



Ampliando o olhar

Usuário
Comunidade

Gerenciando o
cuidado na atenção
primária em saúde

Trabalhadores

Gestores

Problematizando criticamente

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Prof^ª. Dr^ª Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello, pesquisadora responsável, e a pesquisadora Lucilene Gama Paes, pós-graduanda do Curso de Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), estamos desenvolvendo a pesquisa intitulada “GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA”, que tem como objetivos: analisar o conceito de gestão do cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária; compreender o significado de gestão do cuidado em saúde, a partir da vivência dos profissionais na Atenção Primária e de que forma esses significados repercutem nas suas práticas; construir um modelo teórico- explicativo sobre a gestão do cuidado em saúde no âmbito da Atenção Primária e discutir a aplicabilidade do modelo-teórico explicativo na prática. Trata-se de uma pesquisa vinculada a Tese de Doutorado do Curso. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, situado na Universidade Federal de Santa Catarina, no Prédio Reitoria II, Rua Vitor Lima, número 222, sala 401, bairro Trindade, em Florianópolis, Santa Catarina, CEP: 88040-400. Telefone: (48) 37216094, e e- mail: cep.propesq@contato.ufsc.br. Declaramos que seguiremos a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

Acreditamos que o estudo possa contribuir para um debate sobre as práticas na Atenção Primária em Saúde e, conseqüentemente, contribuir para o seu fortalecimento e auxiliar na efetivação da Rede de Atenção à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Gostaríamos de convidá-lo (a) a participar deste estudo e, por meio deste termo de consentimento, em duas vias por nós assinadas,

certificá-lo (a) da garantia do anonimato de seu nome e da instituição. Sua participação na pesquisa ocorrerá por meio de uma entrevista semiestruturada baseada em um roteiro, a qual será gravada digitalmente e posteriormente transcrita, sem que você seja identificado (a) em qualquer tempo do estudo.

As informações colhidas na entrevista serão referentes ao seu cotidiano de trabalho. Os dados obtidos serão usados exclusivamente para esta pesquisa e com a finalidade prevista no projeto. Asseguramos o compromisso com a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o seu anonimato e a sua imagem, bem como a sua não estigmatização.

Você não terá custos, nem compensações financeiras. No entanto, caso tenha qualquer despesa decorrente da participação na pesquisa, mesmo que não haja previsão de custos, haverá ressarcimento em dinheiro ou depósito em conta corrente. De igual maneira, caso ocorra algum dano decorrente da sua participação no estudo, você será devidamente indenizado, conforme determina a lei.

Você receberá este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar, ficando uma via com você e outra, com os pesquisadores.

Informamos que esta pesquisa poderá oferecer riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e a prática do trabalho. Ao sentir-se desconfortável você poderá cessar a entrevista em qualquer momento. Além disso, dispensará um pouco de seu tempo para revalidação das respostas, caso seja necessário. Ou seja, caso tenhamos alguma dúvida em relação a sua resposta, é possível que o contatemos por telefone ou e-mail, conforme sua disponibilidade e aceitação. Esclarecemos que os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo. Caso aceite poderá retirar o seu consentimento a qualquer momento, por se tratar de uma participação voluntária. A recusa ou desistência da participação no estudo não implicará em sanção, prejuízo, dano ou desconforto. Os aspectos éticos relativos à pesquisa com seres humanos serão respeitados, mantendo o sigilo do seu nome e a imagem da instituição e a confidencialidade das informações fornecidas. Os dados serão utilizados exclusivamente em produções acadêmicas, como apresentação em eventos e publicações em periódicos científicos. Se houver exposição dos seus dados (quebra do sigilo), mesmo que por acidente (involuntário ou não intencional), você terá direito a pedir uma indenização.

Os pesquisadores Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello e Lucilene Gama Paes estarão disponíveis para quaisquer esclarecimentos no decorrer do estudo pelo telefone (48) 88133546, pelos e-mails alfm@terra.com.br e lucilenepaes@gmail.com ou pessoalmente, no endereço: Departamento de Odontologia, Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146, Universidade Federal de Santa Catarina. Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima, bairro Trindade, em Florianópolis (SC). O material coletado durante as entrevistas poderá ser consultado sempre que você desejar, mediante solicitação.

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
Pesquisadora responsável
Universidade Federal de Santa Catarina
Campus Univ. Reitor João David Ferreira Lima
Centro de Ciências da Saúde, 1º andar, sala 146
88040-970 Trindade - Florianópolis (SC)
Email: alfm@terra.com.br
Fone: 48 99804966

Lucilene Gama Paes
Pesquisadora colaboradora
Rua Pastor William Richard Shisler Filho 504 apto 901
Itacorubi. CEP: 88034-100 Florianópolis (SC)
Email: lucilenepaes@gmail.com
Fone: 48 88133546

Nesses termos e considerando-me livre e esclarecido (a) sobre a natureza e objetivo desta pesquisa proposta, consinto minha participação voluntária, resguardando a autora do projeto a propriedade intelectual das informações geradas e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Nome do participante: _____

RG: _____ CPF: _____

Local e data: _____

Assinatura: _____

APÊNDICE E – Relatório do Doutorado-Sanduiche

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA CENTRO
DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM**



**RELATÓRIO DE ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO
DOUTORADO SANDUÍCHE NA ESCOLA SUPERIOR DE
ENFERMAGEM DO PORTO, PORTO, PORTUGAL.**

Doutoranda: Lucilene Gama Paes

Orientadora: Dra. Ana Lúcia Schaefer F. Mello

Coorientadora no exterior: Maria do Céu
Aguiar Barbieri de Figueiredo.

**FLORIANÓPOLIS
2018**

1 IDENTIFICAÇÃO DA INSTITUIÇÃO E COORIENTADORA

- **Instituição:** Programa Doutoral em Ciências da Enfermagem. Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Universidade do Porto (EP).

- **Local:** Rua Dr. António Bernardino de Almeida, 4200-072 Porto, Portugal.

- **Orientadora no Exterior:** Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo. Professora Doutora Coordenadora, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: ceubarbieri@esenf.pt

- **Período:** 21 de setembro de 2017 a 25 de janeiro de 2018.

A escolha desta instituição deu-se pela parceria de trabalho que tem se desenvolvido com docentes e discentes do GEPADES/PEN/UFSC. A professora Maria do Céu Aguiar Barbieri de Figueiredo, esteve neste grupo de pesquisa em dois momentos distintos, no primeiro, em 2011, para coorientação de outra doutoranda e em 2015 para realização de seu Pós-Doutorado. Nessa ocasião, trabalhamos intensamente na proposta do meu plano de estudos do Estágio Sanduíche, viabilização e cronograma, buscando por uma integração técnico-científica com a proposta de Tese, bem como reforçar a integração entre os grupos de pesquisa e Programas de Pós-Graduação, no Brasil e em Portugal.

O objetivo principal do estágio foi obter aprofundamento teórico sobre o objeto de estudo, por meio da implementação do método proposto, dando continuidade a análise e discussão dos dados coletados no Brasil, em parceria com o orientador estrangeiro e, principalmente ampliar a pesquisa teórica.

A abertura apresentada pela profa Maria do Céu Barbieri, pode reforçar a parceria interinstitucional, no sentido de elevar o potencial para o aumento da rede de pesquisa e educação, com novos referenciais, métodos e técnicas de pesquisa, realizados em colaboração, proporcionando mais chances de ampla divulgação dos resultados, especialmente em periódicos de alto impacto.

2 ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Data	Descrição
26 a 29/09/2017	Participação no Evento: 14th Internacional Conference on Urban Health – Health Equity: The new urban agenda and Sustainable development goals - Coimbra, Portugal. (Foto 1 e 2)
21/09/2017 a 23/01/2018	Encontros regulares com a professora Maria do Céu Barbieri para orientação.
04/10/2017 a 14/11/2017	Participação como ouvinte na disciplina ministrada pela professora Maria do Céu Barbieri – Prática Baseada na Evidência. (Foto 3)
23/10 a 27/10/2017	Visita para orientação e planejamento da professora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello. (Foto 4)
25/10/2017	Visita realizada em conjunto com as professoras Maria do Céu Barbieri e Ana Lúcia Mello a Unidade Funcional do Centro de Saúde Leça da Palmeira. (Foto 5)
27/10/2017	Participação na aula teórica Ensino Clínico: saúde familiar, coordenada pelo professor Clemente Sousa
31/10/2017	Acompanhamento da supervisão de alunos da graduação de enfermagem realizada pelo professor Clemente Sousa no Centro de Saúde Leça da Palmeira e Unidade de Saúde Familiar Progresso. (Foto 6)
06/11/2017	Participação na conferência ERASMUS TALKS – GERAÇÃO GLOBAL, organizado pela Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) em colaboração da Agência Nacional Erasmus+, Fórum Estudante e associação de estudantes da ESEP.
09/11/2017	Visita e acompanhamento das atividades na Unidade de cuidados na comunidade (UCC) Leça da Palmeira. (Foto 7)

15/11/2017	Participação na Conferência UNCOVERING VOICES AND EMPOWERING WOMEN, ministrada pela Professora Emérita da University of Pennsylvania. School of Nursing – Afaf Meleis. Evento organizado pelo Programa de Doutorado em Ciências de Enfermagem. (Foto 8 e 9)
16/11/2017	Visita e acompanhamento das atividades de enfermagem na Unidade de Saúde Familiar Leça da Palmeira.
17/11/2017	Participação no Fórum de Investigação em Enfermagem do Norte: Cuidar e Investigar, realizado na Universidade Católica Portuguesa. (Foto 10 e 11)
15/12/2017	Encontro de orientandos da professora Maria do Céu Barbieri com socialização dos projetos e das pesquisas em andamento. (Foto 12)
18/01/2018	Ministrei a aula intitulada: Revisão Integrativa: o que é? Como fazer? Destinada aos alunos do curso de mestrado, doutorado e especialidades em enfermagem.

3 TRABALHOS APRESENTADOS NA 14th INTERNACIONAL CONFERENCE ON URBAN HEALTH – Health Equity: the new urban agenda and sustainable development goals

- PAES LG; BATISTELLA EA; MELLO ALSF. Morbidity from oral and oropharyngeal câncer in Santa Catarina, Brazil.
- PAES LG; MELLO ALSF; KAHL C. Access to health services in primary care: intervening factors.
- PAES LG; CARDOSO TV; CASTRO RG; MELLO ALSF; ANDRADE SR. Tuberculosis profile in Florianópolis: distribution analysis by mappings.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE A VIVÊNCIA E AGRADECIMENTOS

Trabalhar com pesquisa exige dedicação e principalmente paixão. A dedicação nos faz abdicar de diversos outros momentos da nossa vida social e familiar, para concentrar-se nas leituras, nos livros, nas reflexões, nas pessoas, na vida em sociedade e no nosso trabalho. E a paixão nos permite realizar tudo isso, na crença de que esse é o melhor caminho e que os frutos serão belos e suas sementes poderão germinar novas ideias.

A pesquisa sempre esteve presente em todo o meu percurso formativo, a partir dela consigo inspiração para deixar o meu caminho como enfermeira menos árduo e tentar qualificá-lo cada vez mais. Dessa forma, vivenciar esse período na escola Superior de Enfermagem do Porto, permitiu-me um crescimento e amadurecimento acadêmico, profissional e pessoal incrivelmente significativo.

Logo no início, poder participar de um evento em âmbito internacional, apresentando alguns trabalhos pessoais e também do grupo de trabalho em que atuo na UFSC, permitiu-me reconhecer-me como uma pesquisadora em desenvolvimento, num contexto mundial. Constatei que o Brasil, apesar de todas as dificuldades vivenciadas na atualidade, principalmente no que se refere a financiamento, tem conseguido manter a qualidade das suas pesquisas. Isso alegrou-me imensamente.

Apesar de estar em um país de língua portuguesa, o conhecimento de outra língua, principalmente o inglês se fez fundamental, pois é através dele que a comunicação se efetiva na grande maioria das vezes, visto que nos países europeus, devido à proximidade geográfica e aos acordos econômicos, existe uma facilidade na circulação de pessoas de diversos países. Conseguir efetivamente comunicar-se é primordial para a construção de redes de trabalho, debates, trocas de ideias e consequentemente fortalecimento das pesquisas.

As visitas realizadas aos serviços de saúde proporcionaram-me uma melhor compreensão sobre o sistema de saúde português, reconhecendo novas práticas, estratégias de cuidado e organização diferenciadas. Conversar e acompanhar enfermeiros no seu cotidiano de trabalho na atenção primária, permitiu-me novas reflexões sobre a gestão do cuidado, meu objeto de estudo.

É importante destacar que durante este período também me aproximei de outras doutorandas brasileiras, que lá também estavam

para seu período de doutorado sanduíche, o que foi certamente enriquecedor, pois foram diversos os momentos em que nos reunimos para debater assuntos relativos as nossas pesquisas, ampliando olhares e construindo redes de contato entre Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Mato Grosso e Universidade Federal do Ceará.

Os momentos de encontro com a Professora Maria do Céu, foram extremamente enriquecedores, não apenas pela sua simpatia e disposição para a ajuda e o ensino, mas certamente pela aproximação à novos olhares e perspectivas sobre a enfermagem, a atenção primária e a minha pesquisa.

Finalmente, cabe mencionar que experienciar novas culturas, mesmo que inicialmente elas se pareçam semelhantes, foi extremamente gratificante. E por isso, neste clima de gratidão e principalmente afeto, gostaria de agradecer algumas pessoas que tornaram esse sonho possível e esta experiência inesquecível em todos os seus aspectos:

A Escola Superior de Enfermagem do Porto que tão bem me acolheu, em especial a professora Maria do Céu, pela sua receptividade e disponibilidade incomparáveis, por dividir comigo um pouco do seu conhecimento e assim enriquecer a minha formação como pesquisadora, pelo afeto e colo de mãe quando precisei.

Ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFSC por me possibilitar aprender e crescer como pesquisadora, mas principalmente por motivar seus alunos a novas experiências e apoiá-los enquanto instituição. Em especial, agradeço a minha orientadora Ana Lúcia, pelo apoio, pelo incentivo, pelo carinho e principalmente pela amizade que construímos ao longo desse período.

Ao Ministério da Educação, pelo financiamento concedido pelo Programa de Doutorado-sanduíche no exterior da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), concretizando este estágio.

Aos meus colegas de trabalho, em especial a equipe 333 do Centro de Saúde do Saco Grande de Florianópolis, por me apoiarem na concretização deste sonho, mesmo sabendo que a minha ausência significaria sobrecarga de trabalho.

Aos amigos que me apoiaram enquanto estive no Porto: Jackeline Brito Ferreira, Kássio Ferreira, Mário Branco, Isabel Brito, Kátya Pereira e Nuno Fernandes. Agradeço por terem sido a minha família em Portugal.

FOTOS DE ALGUMAS DAS ATIVIDADES

Fotos 1 e 2 – Participação no evento com apresentação de trabalhos na 14th Internacional Conference on Urban Health – Health Equity: The new urban agenda and Sustainable development goals - Coimbra, Portugal.

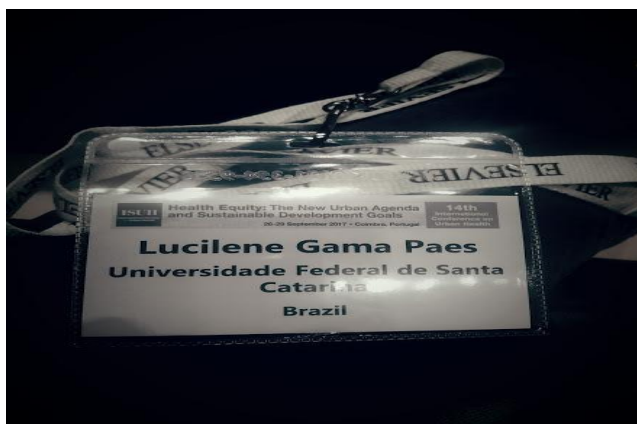


Foto 3 – Participação como ouvinte na disciplina ministrada pela professora Maria do Céu – Prática Baseada na Evidência.



Foto 4 - Visita para orientação e planejamento da professora Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello



Foto 5 - Visita realizada em conjunto com as professoras Maria do Céu Barbieri e Ana Lúcia Mello a Unidade Funcional do Centro de Saúde Leça da Palmeira



Foto 6 - Acompanhamento da supervisão de alunos da graduação de enfermagem realizada pelo professor Clemente Sousa no Centro de Saúde Leça da Palmeira e Unidade de Saúde Familiar Progresso



7 - Visita e acompanhamento das atividades na Unidade de cuidados na comunidade (UCC) Leça da Palmeira.



Foto 8 e 9 - Participação na Conferência UNCOVERING VOICES AND EMPOWERING WOMEN, ministrada pela Professora Emérita da University of Pennsylvania, School of Nursing - Afaf Meleis. Evento organizado pelo Programa de Doutorado em Ciências de Enfermagem.



Foto 10 e 11 - Participação no Fórum de Investigação em Enfermagem do Norte: Cuidar e Investigar, realizado na Universidade Católica Portuguesa.



Foto 12 - Encontro de orientandos da professora Maria do Céu Barbieri com socialização dos projetos e das pesquisas em andamento



Foto 13 – Momentos de leitura na biblioteca da ESEP



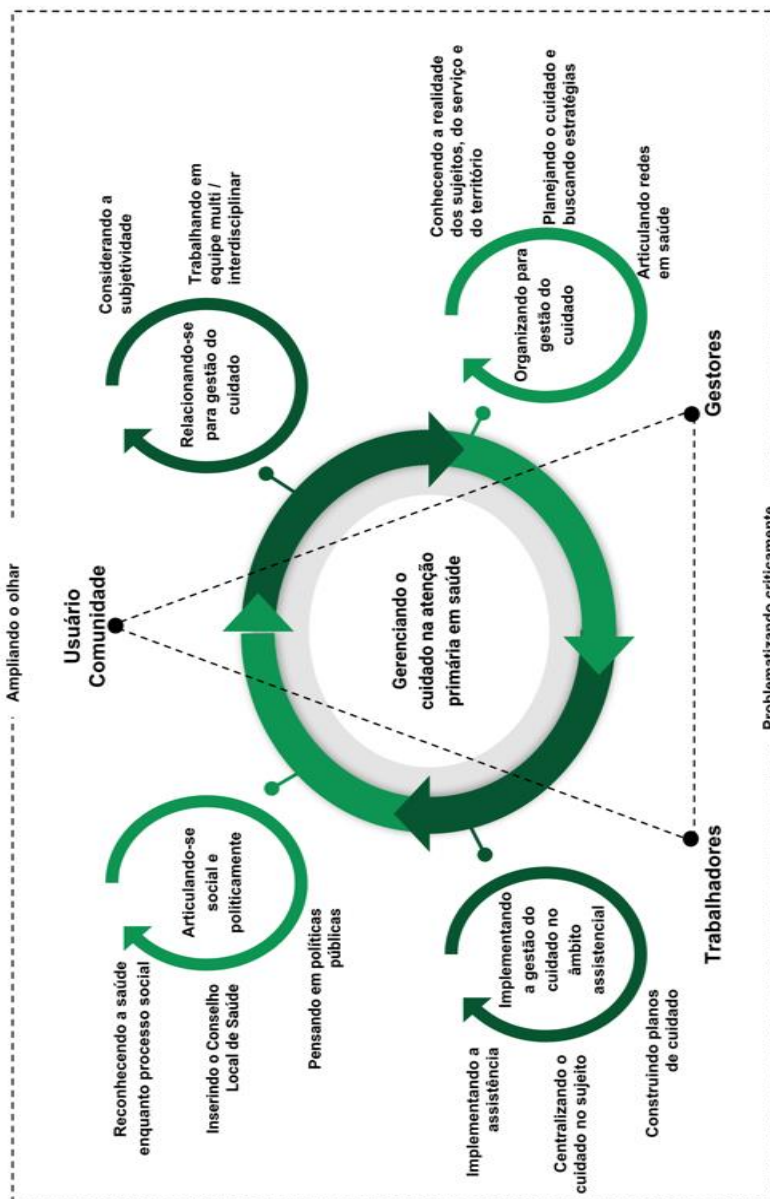
Foto 14 – Chá de despedida com doutorandas brasileiras



Foto 15 – Jardins do Palácio de Cristal



APÊNDICE F – Modelo Teórico-Explicativo sobre Gestão do Cuidado na Atenção Primária em Saúde após validação.



ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária

Pesquisador: Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 59833916.1.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.789.874

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese de Doutorado do PEN/UFSC intitulado Gestão do Cuidado em Saúde na Atenção Primária

Desenho:

Trata-se de uma pesquisa de natureza teórico-empírica, com abordagem qualitativa, que será desenvolvida em dois momentos. Para o momento da pesquisa teórica, propõe-se a análise do conceito de Gestão do Cuidado em saúde, com enfoque na Atenção Primária em Saúde (APS), ancorado no método de análise conceitual, proposto por Walker e Avant (2011).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o conceito de gestão do cuidado em saúde no âmbito da APS;2. Compreender o significado de gestão do cuidado em saúde, a partir da vivência dos profissionais na APS e de que forma esses significados repercutem nas suas práticas;3. Construir um modelo teórico-explicativo sobre a gestão do cuidado em saúde no âmbito da APS.4. Discutir a aplicabilidade do modelo-teórico explicativo na prática.4. Discutir a aplicabilidade do modelo-teórico explicativo na prática.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-6094

E-mail: cep.propesq@contato.ufsc.br

Continuação do Parecer: 1.789.874

Riscos de ordem reflexiva, a partir de ponderações pessoais em relação ao tema e à prática do trabalho. Os participantes desta pesquisa não sofrerão riscos laborais, nem prejuízos físicos.

Benefícios:

As informações deste estudo serão de uso exclusivamente científico para a área da Saúde e Enfermagem, tendo seus benefícios diretamente relacionados com a produção do conhecimento para a área.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto apresenta fundamentação teórica e metodológica com condições de ser desenvolvido na prática

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O pesquisador apresentou a documentação exigida para submissão e avaliação do CEP/SH UFSC tais como Projeto, Relatório, Folha de Rosto, Declaração Instituição, Cronograma, Orçamento e TCLE.

Recomendações:

Continuar lendo e refletindo a Resolução 466/2012 CNS.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Concluo indicando aprovação somente coloco como sugestão que o primeiro parágrafo passe para o paragrafo final e coloque que o projeto atende a resolução 466/2012 e suas complementares.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_775386.pdf	06/10/2016 00:37:58		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Tesenovo CEP 06102016.pdf	06/10/2016 00:36:51	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE novo 06102016.pdf	06/10/2016 00:35:25	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Outros	Carta resposta CEP 06102016.pdf	06/10/2016 00:33:33	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto assinada.pdf	12/09/2016 16:53:35	Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello	Aceito
Declaração de	Aprovacao SMS.JPG	07/09/2016	Ana Lúcia Schaefer	Aceito

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.789.874

Instituição e Infraestrutura	AprovacaoSMS.JPG	15:24:07	Ferreira de Mello	Aceito
------------------------------	------------------	----------	-------------------	--------

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FLORIANOPOLIS, 24 de Outubro de 2016

Assinado por:
Luiz Eduardo Toledo
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

ANEXO B – Pareceres da instituição



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

Florianópolis, 22 de Agosto de 2016

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender às exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, que tomei conhecimento do projeto de pesquisa intitulado "GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA", da pesquisadora responsável LUCILENE GAMA PAES. Declaro ainda, que cumprirei os termos da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012 e suas complementares e que esta instituição está de acordo com o desenvolvimento do projeto de acordo com as rotinas que foram apresentadas pelo pesquisador. Autoriza-se, portanto, a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH e ao respeito aos princípios éticos, à autonomia dos sujeitos e à disponibilidade do serviço.

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
- SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde – CAPPS
Secretaria Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Florianópolis



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 095/SMS/GAB/RH/2016

Florianópolis, 16 de Novembro de 2016.

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada **"GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA"** da pesquisadora responsável *Lucilene Gama Paes*, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária em Saúde e está aprovada para execução nesta Secretaria.

A pesquisadora deverá entrar em contato com os locais de coleta, para combinar o início da coleta de dados, respeitando a disponibilidade do serviço e autonomia dos sujeitos de pesquisa.

O período autorizado para coleta de dados é de **21/11/2016 a 21/06/2017**. Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para o Setor de Educação em Saúde, por e-mail, para o seguinte endereço educaensaude@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Setor de Educação em Saúde
Assessoria em Gestão de Pessoas

Ilustríssimos Senhores
LUCILENE GAMA PAES
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/
E-mail: educaensaude@gmail.com Fone: (048) 3239-1593



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 007/SMS/GAB/ESP/2017

Florianópolis, 19 de Maio de 2017

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada "**GESTÃO DO CUIDADO EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**" da pesquisadora responsável *Lucilene Gama Paes*, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária em Saúde e está aprovada para execução nesta Secretaria.

A pesquisadora deverá entrar em contato com o Distrito Centro, para combinar a continuidade da coleta de dados, respeitando a disponibilidade do serviço e autonomia dos sujeitos de pesquisa.

O período autorizado para coleta de dados foi estendido e é de **21/11/2016** a **21/11/2017**. Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Setor de Educação em Saúde
Matricula 26212-9
SMS/PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
LUCILENE GAMA PAES
Nesta

Visite nosso site: www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/

Florianópolis, 19 de Maio de 2017. Fone: (48) 3239-1593



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde

OE 029/SMS/GAB/ESP/2018

Florianópolis, 04 de Abril de 2018

Prezada,

Informamos que a Pesquisa intitulada "**GESTÃO DO CUIDADE EM SAÚDE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**" da pesquisadora responsável *Lucilene Gama Paes*, foi avaliada pela comissão de acompanhamento de projetos de pesquisa em saúde em conjunto com a Gerência de Atenção Primária em Saúde e está aprovada para execução nesta Secretaria.

A pesquisadora deverá entrar em contato com o Distrito Centro, para combinar a continuidade da coleta de dados, respeitando a disponibilidade do serviço e autonomia dos sujeitos de pesquisa.

O período autorizado para coleta de dados foi estendido novamente e é de **21/11/2017 a 21/11/2018, sendo este o prazo final para coleta**. Caso seja necessária a prorrogação do período, a pesquisadora deve contatar a Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde, para a emissão de novo ofício.

Os resultados da pesquisa devem, obrigatoriamente, ser disponibilizados para a Escola de Saúde Pública, por e-mail, para o seguinte endereço espfloripa@gmail.com.

Seguimos à disposição para esclarecimentos no telefone (48) 3239-1593

Atenciosamente,

Evelise Ribeiro Gonçalves
Escola de Saúde Pública
Matricula 26212-9
SMS - PMF

Evelise Ribeiro Gonçalves

Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em Saúde
Escola de Saúde Pública de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde

Ilustríssima Senhora
LUCILENE GAMA PAES

Nesta