

GESTÃO DO CUIDADO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: REVISÃO NARRATIVA

CARE MANAGEMENT IN THE FAMILY HEALTH STRATEGY: NARRATIVE REVIEW

Marinês Tambara Leite^{a*}, Janaine Nardino^{b**}, Leila Mariza Hildebrandt^c,
Adriane Marinês dos Santos^{d*}, Ricardo Vianna Martins^{e*}

^atambaraleite@yahoo.com.br, ^bjana.enfer07@yahoo.com.br, ^cleilahildebrandt@yahoo.com.br, ^dadriane_santos82@hotmail.com,
^emartan@smail.ufsm.br

*Universidade Federal de Santa Maria – Santa Maria (RS), Brasil

**Hospital Tacchini – Bento Gonçalves (RS), Brasil

Data de recebimento do artigo: 19/08/2015

Data de aceite do artigo: 29/02/2016

■ RESUMO

Introdução: A gestão envolve as práticas dos serviços de saúde e requer reflexões sobre novas abordagens na produção do cuidado, incluindo aquele realizado pela Estratégia Saúde da Família (ESF). **Objetivo:** Analisar as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na ESF, no período de 2006 a 2013. **Metodologia:** Trata-se de uma revisão narrativa, a busca dos artigos ocorreu nos bancos de dados na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), refinando pelas fontes de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). **Resultados:** De 73 artigos encontrados, após a leitura dos resumos, enquadraram-se nos critérios de inclusão 18, e foram analisados segundo os preceitos da análise de conteúdo. As publicações demonstram a importância da gestão na ESF e apontam que os profissionais devem esforçar-se para atender as necessidades dos usuários e da comunidade, prestando serviço de qualidade e que gere satisfação. **Conclusão:** Os estudos mostraram que há fragilidades no cuidado ofertado pela ESF e, assim, faz-se necessário desenvolver meios de aprimorar as ações e intervenções implementadas por ela. É atribuição dos gestores promover conhecimento e socialização de experiências, para o alcance de melhorias dos serviços de saúde e qualificação da gestão.

Palavras-chave: Gestão em saúde; estratégia saúde da família; saúde pública; revisão.

■ ABSTRACT

Introduction: Health care management comprehends health service practices and demands reflections on new approaches to health care delivery, being included the one carried out by the Family Health Strategy (ESF). **Objective:** Analyze Brazilian publications in the period 2006-2013, related to health care management in ESF. **Methodology:** This is a narrative review whose bibliographic research was carried out in Health Virtual Library database (BVS-BIREME) and refined with LILACS database (Latin American and Caribbean Health Sciences Literature) and MEDLINE database (International Literature in Health Sciences). **Results:** From 73 articles found, after reading the abstracts 18 complied with inclusion criteria and were analyzed according the precepts of content analysis. The publications demonstrated the importance of management in ESF and indicated that professionals should make an effort to attend users' and community's needs, rendering quality services that generate satisfaction. **Conclusion:** The studies showed that there are fragilities in care provided by ESF and, thus, it is necessary to develop means to improve actions and interventions. Administrators are responsible for promoting knowledge and socialization, in order to achieve improvements in health care service and management qualification.

Keywords: Health care management; family health strategy; public health; review.

Introdução

A atenção à saúde tem passado por transformações e reorganizações com significativo avanço. As mudanças de maior impacto tiveram início com a reforma sanitária brasileira e a construção do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, a Constituição Federal do Brasil de 1988 transformou-se no marco teórico e legal que concretizou o entendimento social de promoção da saúde, maior conquista do movimento sanitário brasileiro, com garantias de cidadania social¹.

Nesse contexto, o SUS ampliou o acesso à saúde na atenção básica por meio do Programa de Saúde da Família (PSF) criado em 1994. A partir da necessidade de revisar e adequar às normas nacionais e considerando os princípios e diretrizes, propostos pelo pacto pela vida em defesa do SUS e de gestão, houve a reorganização da atenção básica no Brasil. Esse novo modelo de atenção é composto por equipes multiprofissionais com visão da integralidade, na perspectiva de desenvolver ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde. A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de ampliar o acesso da população aos serviços básicos de saúde, reorientar o modelo assistencial e focar a família como centro de atenção, com ações no âmbito individual e coletivo².

Desse modo, as práticas de saúde continuamente precisam de investimentos materiais e de recursos humanos para manter a prestação da assistência aos usuários. Isso é um constante desafio para a gestão do cuidado às pessoas diante da efetivação das políticas públicas, no intuito de atender as múltiplas necessidades da população³.

Especificamente, em relação à gestão do cuidado, este é considerado o momento de encontro entre profissional/equipe e o usuário, constituindo-se em espaço de diálogo, entre os que possuem necessidades de saúde e os que se dispõem a cuidar. Esse contexto sofre influência de diversos fatores externos como: organizações, crenças, formações. Sendo assim, a ESF proporciona uma mudança no processo de trabalho em saúde, que engloba o profissional, usuário, família e, também, a comunidade, valorizando vínculo e acolhimento⁴.

Cuidado é promover ou disponibilizar tecnologias de saúde conforme a necessidade de cada indivíduo, com o objetivo de proporcionar saúde, bem-estar, segurança e autonomia. Para isso, a gestão do cuidado em saúde apresenta diferentes dimensões interdependentes e está atrelada à ação de múltiplos atores⁵.

Três componentes determinam a gestão do cuidado na dimensão profissional. O primeiro é a postura ética, tem a ver como o trabalhador percebe o indivíduo que precisa de cuidados; o segundo diz respeito à competência com que o profissional utiliza e domina

seu saber técnico-científico no sentido de solucionar os problemas apresentados pelo paciente; e o terceiro está relacionado à capacidade de formação de vínculo entre ambos⁵.

Diante da configuração do modelo atual de atenção à saúde, observa-se que a gestão encontra-se em um período de mudanças, de conscientização e, especialmente, de um processo de educação em saúde para a população e para os profissionais que compõem o cenário dos serviços. Entende-se que a gestão do cuidado é uma questão de caráter individual e coletivo e, ao mesmo tempo, deve ser continuamente repensada, analisada e, caso necessário, modificada. Para tanto, há necessidade de se produzir conhecimentos e socializar, especialmente sobre os aspectos da gestão do cuidado na ESF.

Dessa forma, este estudo tem como questão de investigação: O que tem sido publicado no Brasil sobre a gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família? Centrado no problema de pesquisa o objetivo deste trabalho é analisar as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na ESF, no período de 2006 a 2013.

Metodologia

Este estudo se caracteriza como uma revisão de literatura, a qual se constitui na busca de informações acerca de determinado tema, com a finalidade de sistematizar a produção do conhecimento sobre um problema de pesquisa. Ao proporcionar os resultados das investigações, essa metodologia pode auxiliar profissionais, pesquisadores e estudantes em suas decisões, após conhecerem o que tem sido estudado sobre o assunto⁶.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS-BIREME), refinando pelas fontes de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE). Essa busca procedeu-se em janeiro de 2014, a partir das palavras “gestão” and “estratégia de saúde da família” and “cuidado”. A delimitação temporal foi o período de 2006 a 2013, em que o ponto inicial foi determinado pela reorganização do sistema de atenção básica com a implantação da Estratégia Saúde da Família, em 2006.

Os critérios de inclusão foram: artigos, disponíveis na íntegra em meio eletrônico, redigidos em língua portuguesa. Os critérios de exclusão foram: teses, capítulos de teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos ou conferências, artigos de revisão, relatórios técnicos e científicos e documentos ministeriais.

A partir da leitura prévia dos títulos e resumos das 73 produções encontradas, foram selecionados 18

artigos que se enquadraram nos critérios de inclusão. Para o acesso ao texto completo, foram usados os seguintes recursos: link disponível diretamente na base de dados LILACS, portal do periódico em que o artigo foi publicado, portal CAPES e buscador Google.

Para o mapeamento das produções científicas, utilizou-se uma ficha constituída das variáveis: publicação, região de produção, objetivo principal e tipo de estudo. Foi desenvolvida a análise de conteúdo⁷, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados. Realizou-se leitura flutuante, a qual possibilitou ter uma visão abrangente do conteúdo. Na sequência houve a leitura integral do artigo, que permitiu identificar resultados e extrair trechos significativos. Em seguida ocorreu a releitura dos textos, quando foi possível construir uma categoria temática, observando as convergências, divergências e semelhanças do conteúdo existentes.

Resultados e discussão

Dos 18 artigos analisados na íntegra, verificou-se que a região brasileira de procedência dessas produções com maior destaque foi a Sudeste (9), seguida pela Nordeste (6), Centro-oeste (2) e Sul (1). Em relação ao ano, identificou-se que há maior número de títulos publicados no período compreendido entre 2009 e 2012, em que houve de 3 a 6 trabalhos por ano. O ano 2007 teve uma publicação e observou-se que os anos 2006, 2008 e 2013 não tiveram publicações abordando a temática em estudo. Quanto ao tipo de estudo observou-se que há predomínio de pesquisas de natureza qualitativa (10), seguida relato de experiência e estudo de caso, com três publicações em cada categoria. Teve ainda uma investigação de caráter quantitativo e uma pesquisa quali-quantitativa. Esses dados podem ser observados no quadro a seguir:

Quadro 1: Distribuição dos artigos analisados, segundo referência, tipo de estudo e objetivo principal.

COD	Artigo	Tipo de estudo	Objetivo principal
A1	Maxta BSB, Almeida AB, Silveira LB, Soleman C, Ogata MN. Educação popular em saúde a partir de um jogo: gestão e cuidado em uma unidade de Saúde da Família. <i>Trab. educ. saúde</i> [online]. 2010; 8(1):155-66.	Relato de experiência	Não consta
A2	Barrêto AJR, Romera AA, Oliveira AA, Sá LD, Almeida AS, Nogueira JA. Trabalho do apoiador matricial na Estratégia Saúde da Família. <i>Rev. RENE</i> . 2012;13(1):166-77.	Pesquisa qualitativa	Conhecer o processo de trabalho dos apoiadores matriciais que atuam na Estratégia Saúde da Família
A3	Costa-e-Silva V, Rivera FJU, Hortale VA. Projeto Integrar: avaliação da implantação de serviços integrados de saúde no Município de Vitória, Espírito Santo, Brasil. <i>Cad. saúde pública</i> . 2007; 23(6):1405-414.	Estudo de caso	Descrever uma experiência de integração entre serviços de saúde –Projeto Integrar
A4	Dimenstein M, Sales AL, Galvão E, Severo AK. Estratégia da atenção psicossocial e participação da família no cuidado em saúde mental. <i>Physis</i> . 2010; 20(4):1209-26.	Pesquisa qualitativa	Discutir como familiares de portadores de transtornos mentais têm experienciado as mudanças nas políticas da área, o que pensam sobre as novas demandas de participação e como têm impactado na sua relação cotidiana com os serviços de saúde mental e nas práticas de cuidado com seus familiares
A5	Camuri D, Dimenstein M. Processos de trabalho em saúde: práticas de cuidado em saúde mental na estratégia saúde da família. <i>Saúde Soc</i> . 2010;19(4):803-13.	Pesquisa de campo	Refletir sobre processos de trabalho em saúde na rede básica do Sistema Único de Saúde (SUS) em relação ao cuidado em saúde mental
A6	Arce VAR, Sousa MF, Lima MG. A práxis da Saúde Mental no âmbito da Estratégia Saúde da Família: contribuições para a construção de um cuidado integrado. <i>Physis</i> . 2011;21(2):541-60.	Pesquisa quali-quantitativa	Analisar as práticas de Saúde Mental na atuação das equipes da ESF de Brazlândia, no Distrito Federal, quanto a seus potenciais e limites para o cuidado integral aos sujeitos em situações de sofrimento mental na atenção primária
A7	Bellenzani R, Mendes RF. Entre o empenho, o acolhimento e a impotência: dilemas de agentes comunitárias de saúde na produção do cuidado e da humanização. <i>Cad. Ter. Ocup. UFSCar</i> . 2012;20(2):239-53.	Pesquisa qualitativa	Discutir a respeito da dimensão intersubjetiva do trabalho dos agentes de saúde na interação com usuários, na medida em que suas concepções e práticas tendem a se aproximar dos princípios e dispositivos da PNH, especialmente das noções de acolhimento, humanização e atenção integral

continua...

Quadro 1: Continuação.

COD	Artigo	Tipo de estudo	Objetivo principal
A8	Teixeira MG, Rates SMM, Pimenta Jr FG, Ferreira JM, Carvalho MJM. Construindo a Política Pública de Saúde em Belo Horizonte: O Sistema Único de Saúde no município. <i>Divulg. saúde debate.</i> 2012; (48):97-103.	Relato de experiência	Apresentar as especificidades da construção do SUS no espaço urbano (território) do município de BH, sua organização e a gestão dos serviços de saúde na cidade, com destaque para os desafios, o planejamento e as proposições para os tempos atuais
A9	Ferreira VSC, Andrade CS, Franco TB, Merhy EE. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. <i>Cad. saúde pública.</i> 2009; 25(4):898-906.	Estudo de caso	Verificar as singularidades da realidade, do vivido, nos quais estão em produção trabalhadores e usuários com seus sentidos, significados, sonhos, desejos, crenças, valores e atitudes em constante processo de singularização e também de serializações
A10	Rosa TEC, Bersusa AAS, Mondini L, Saldiva SRDM, Nascimento PR, Venancio SI. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. <i>Rev. bras. Epidemiol.</i> 2009;12(2):158-71.	Pesquisa quantitativa	Analisar indicadores de estrutura, processo e de resultados da atenção à saúde do adulto, especificamente de diabetes mellitus e hipertensão arterial, à luz da regionalização do SUS no estado de São Paulo
A11	Ferreira RC, Chirelli MQ, Pereira AG. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. <i>Rev. bras. educ. méd.</i> 2011; 35(2):177-85.	Pesquisa qualitativa	Analisar como os profissionais médicos da Atenção Básica em Saúde na Estratégia Saúde da Família realizam o cuidado integral individual, tendo como foco a dimensão psicológica no processo saúde doença das pessoas
A12	Araújo JL, Paz EPA, Moreira TMM. Hermenêutica e o cuidado de saúde na hipertensão arterial realizado por enfermeiros na estratégia saúde da família. <i>Esc Anna Nery.</i> 2010;14(3):560-66.	Pesquisa qualitativa	Compreender os sentidos atribuídos ao cuidado de saúde na hipertensão por enfermeiros na Saúde da Família em Pau dos Ferros/RN
A13	Jonas LT, Rodrigues HC, Resck ZMR. A função gerencial do enfermeiro na estratégia saúde da família: limites e possibilidades. <i>Rev. APS.</i> 2011;14(1):28-38.	Pesquisa qualitativa	Compreender e analisar os limites e as possibilidades do processo de trabalho gerencial do enfermeiro na equipe do Programa Saúde da Família
A14	Backes DS, Backes MS, Erdmann AL, Büscher A. O papel profissional do enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. <i>Ciência & Saúde Coletiva.</i> 2012;17(1):223-30.	Pesquisa qualitativa	Possibilitar um olhar retrospectivo do papel profissional do enfermeiro no SUS brasileiro, bem como compreender o significado de sua prática social neste campo de discussões e significações teórico-práticas
A15	Barros SCM, Dimenstein M. O apoio institucional como dispositivo de reordenamento dos processos de trabalho na atenção básica. <i>Estud. pesqui. psicol.</i> 2010;10(1):sp.	Relato de experiência	Identificar no discurso das equipes, os limites e desafios desse encontro entre saúde mental e atenção básica
A16	Vasconcelos EM, Silveira MFA, Eulalio MC, Medeiros PFV. A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). <i>Ciênc. saúde coletiva.</i> 2009;14(4):1225-34.	Pesquisa qualitativa	Identificar como vem sendo cuidada a criança menor de um ano pelos profissionais do PSF
A17	Villari APS, Souto BGA. Organização funcional da rede de saúde de um município de São Paulo na percepção de um usuário. <i>Rev APS.</i> 2012;15(4):404-11.	Estudo de caso	Conhecer e avaliar a experiência do SUS de São Carlos/SP, com sua rede de cuidados à saúde
A18	Azevedo AM, Costa AM. A estreita porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS): uma avaliação do acesso na Estratégia de Saúde da Família. <i>Interface (Botucatu).</i> 2010;14(35):797-810.	Pesquisa de avaliação qualitativa	Analisar a percepção dos usuários sobre o acesso à ESF em suas dimensões geográfica, organizacional, sociocultural e econômica

Da análise de conteúdo dos artigos, elaborou-se uma categoria temática que versa acerca da Estratégia Saúde da Família como espaço de gestão da atenção à saúde.

A ESF como espaço de gestão da atenção à saúde

A leitura dos textos possibilitou identificar que o modelo Estratégia de Saúde da Família (ESF) coloca a comunidade e o usuário no centro do processo de formulação e operacionalização das políticas e ações de saúde, ampliando sua participação na gestão e consolidação do Sistema Único de Saúde (conforme mostrou o estudo A1). Além disso, utiliza a estrutura de Apoio Matricial (AM) para ampliar e dar cobertura às ações de saúde, aproximando os profissionais da ESF com a comunidade, criando o vínculo necessário para obter os relatos, vivências, inquietações, medos, sugestões, reclamações, desabafos, entre outras necessidades das pessoas. Desse modo, é possível desenvolver uma gestão diferenciada na atenção à saúde e, conseqüentemente, realizar ações de cuidado integral para a população.

Nesse sentido, estudo A2 menciona que o AM configura-se como um elo e atua articuladamente – equipe e rede assistencial – operando como uma ação de reflexão e remodelação das práticas de saúde, por meio da reorganização do processo de trabalho da ESF. Refere, ainda, que os encontros do AM se tornam essenciais para identificar as dificuldades que a equipe de saúde, por vezes, não consegue perceber. Para tanto, constroem soluções a partir de um planejamento de gestão participativa, em que são estabelecidas trocas de saberes entre os profissionais de diferentes serviços que estão envolvidos no cuidado ao usuário. Assim, esses aspectos se tornam importantes para o desenvolvimento de práticas de saúde, cuja maior finalidade é a construção do cuidado integral e humanizado, conforme preconiza o SUS.

Sendo assim, o AM é uma forma de organizar e ampliar a oferta de ações em saúde e, desse modo, faz o usuário ser cliente, favorecendo a construção de vínculo e responsabilização das equipes. Com isso, é uma ferramenta indispensável para a atenção e a gestão à saúde, uma vez que possibilita o atendimento integral, aumentando a capacidade de resolver os problemas que a equipe apresenta. O AM serve como um suporte técnico ofertado a uma equipe interdisciplinar de saúde para ampliar seu campo de atuação e qualificar suas ações. Ele também é considerado um recurso que facilita o cuidado em saúde, presta atendimento individualizado, respeitando suas subjetividades e mantendo o contato com a família. Além disso, incentiva o comprometimento com a equipe da ESF com os problemas de saúde dos usuários, sem quebrar o vínculo já estabelecido⁸.

Contudo, ainda há fragilidades na consolidação das diretrizes preconizadas pelo SUS, pois uma pesquisa (A3) que envolveu trabalhadores e gerentes do cuidado integral ao usuário apontou que há necessidade de ampliar o vínculo entre profissionais de saúde e a população, além de qualificar o acolhimento aos usuários que procuram o serviço de ESF. Os autores mencionam que, a partir do estudo, foi possível reorganizar os processos de trabalho, em que gestores da ESF desenvolveram formas alternativas de gestão, com a finalidade de prestar atendimento de qualidade para a população.

Ainda, como meio de gerenciar a atenção à saúde, o estudo A3 mostra que os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) identificam os problemas de saúde dos usuários e que esses profissionais são elementos importantes para a equipe e os serviços da comunidade. Também, o vínculo construído entre usuário/comunidade e equipe auxilia os ACS e contribui na qualificação da atenção prestada à comunidade.

No entanto, publicações (A4, A5, A6) apontam problemas na atenção básica e sua integração com as equipes de saúde, em que há falta de domínio técnico de determinadas áreas como saúde mental, por parte dos profissionais, de limites para as suas atuações; falta de vínculos com esses usuários e suas famílias, sendo que o papel do ACS mediar o processo e; necessidade de formação continuada para a equipe. Isso porque não basta inserir profissionais na atenção básica, estes devem estar capacitados para detectar os problemas de saúde e ter propostas de intervenções adequadas, para melhor organização e gestão do trabalho e para a qualidade da atenção aos usuários.

O acolhimento e vínculo são dois conceitos de extrema importância para o desenvolvimento e atendimento do usuário que apresenta problemas de saúde mental. Na atenção básica, o acolhimento e vínculo se tornam norteadores da assistência, contribuindo para o atendimento humanizado. É essencial que haja a inclusão do doente mental nos serviços da ESF, tendo por base o princípio da igualdade na assistência à saúde⁸.

Ao serem integrantes da comunidade, os ACS tornam-se mediadores e facilitadores da relação entre serviço de saúde e usuário. Além disso, por terem facilidade de estabelecer vínculos e contatos, o ACS torna-se um importante instrumento na atenção em saúde mental. Em relação aos cuidados oferecidos às pessoas com transtorno mental na atenção básica, os ACS são os profissionais que mais têm postura cordial, afetiva e compreensiva, o que facilita a relação⁹.

O vínculo entre usuários e ACS gera confiança mútua, o que é essencial para o sucesso do trabalho da equipe. Essa confiança se dá pelo elo que os ACS têm com as famílias, pois nas visitas a suas casas, conhecem seus hábitos, costumes, problemas, necessidades que o restante da

equipe não fica conhecendo. É por meio dos ACS que, comumente, se obtêm informações sobre os usuários e as situações de riscos das famílias.

Na maioria das vezes o ACS assume a responsabilidade de manter a interação entre a população e a equipe de saúde da família¹⁰. É o ACS que vive na comunidade do usuário, que convive mais tempo com ela e sabe sobre as realidades do local, dos problemas, satisfações e insatisfações do ambiente¹¹.

Estudo A7 descreve a interação dos usuários com os ACS, o qual aponta que faltam conhecimento e capacitação a esses profissionais. Os usuários cobram mais conhecimentos e isso prejudica o bem-estar dos ACS, pois se sentem pressionados, estressados e cansados, ficando desacreditados diante da população. Esses sentimentos devem ser reconhecidos e considerados no planejamento da gestão, para que isso não prejudique o trabalho dos ACS.

Qualidade dos serviços implica assumir compromissos com a integralidade, universalidade e repensar nos modelos de atenção e de gestão. O desafio consiste em intensificar ações que permitam aprimoramento do sistema, fortalecendo a atenção integral e resolutiva à população, com efetividade e responsabilidade. Para tanto, no estudo analisado, evidencia-se aposta na educação permanente, com a finalidade de aperfeiçoar e reciclar os conhecimentos, contribuindo na qualificação das práticas assistenciais. Vale destacar que, após a implementação da ESF, o estudo A7 menciona que as equipes de saúde enfrentaram um dilema de gestão, em que havia o desafio de disseminar e coletivizar as diretrizes institucionais do processo de trabalho local.

Assim, percebe-se que a capacitação e melhor formação desses profissionais merecem atenção dos gestores diante das importantes contribuições dos ACS para a atenção básica. A atuação dos ACS em saúde mental muitas vezes se agrava, pois há falta de conhecimento específico nessa área. Também eles se veem impotentes em função do desconhecimento e da pouca resolutividade que podem apresentar. No caso da saúde mental, muitos ACS acompanham usuários e suas famílias com transtornos mentais e sentem dificuldade em atender à demanda, além de temerem por sua integridade física e psicológica. Sendo assim, justifica-se uma melhor capacitação desses membros da equipe de saúde para uma assistência de melhor qualidade¹².

Outro estudo analisado (A8) teve por objetivo relatar a experiência da construção de um modelo de atenção à saúde. Nele os autores apontam que para garantir a integralidade do cuidado, com eficiência e qualidade, são necessárias ações organizadoras que facilitem o vínculo com a população e promovam o cuidado de qualidade. Para tanto, é importante ampliar a capacidade das equipes, avançar e agregar o saber dos usuários.

No decorrer da construção do sistema de saúde, há possibilidade de os profissionais, junto com a população, criarem mudanças na proposta da ESF, em que o trabalho em equipe é uma forma eficiente de estruturação, organização e de aproveitamento das habilidades humanas. Com participação coletiva, é possível ter uma visão mais global e coletiva do trabalho, reforçando o compartilhamento de tarefas e, juntos, alcançando os objetivos comuns. Se não houver a interação entre profissionais e usuários, corre-se o risco de ter uma prática fragmentada, desumanizada e centrada no enfoque individual¹³.

Ações de promoção e prevenção, com atendimento integral, são fortalecidas a partir do vínculo construído entre profissionais e usuários, uma vez que este gera confiança, contribuindo para a saúde individual e coletiva e proporcionando melhor assistência à saúde do usuário¹³. Nessa mesma linha de discussão, o estudo A9 realizado com o objetivo de analisar a produção do cuidado dos ACS, tendo as tecnologias de cuidado e a caracterização da reestruturação produtiva como principais marcadores de processo de trabalho, identifica que a subjetividade entre a equipe e os usuários amplia os espaços de compartilhamento da gestão do cuidado pela equipe.

Outro aspecto, para o modelo de organização da gestão do cuidado e do trabalho que se estrutura por relações hierarquizadas, é que o ACS reproduz um modo de produção do cuidado centrado em procedimentos. Isso subestima os outros saberes e manifesta-se como o saber-cuidador, balizado em tecnologias relacionais que mantém a equipe pouco permeável a inovações no processo de trabalho do ACS. A análise mostra que os ACS, por não terem espaço para a elaboração de planejamento do trabalho, necessitam criar estratégias de gestão colegiada, para discutirem e resolverem os problemas. As tecnologias ligadas ao processo de trabalho em saúde têm contribuído para a gestão do cuidado e para os trabalhos dos serviços de saúde, por possibilitarem a identificação de ruídos, potencialidades, limites, presentes na malha progressiva de cuidado à saúde.

Quanto às linhas de cuidado, pesquisa A10 mostra que estas são, frequentemente, instrumentos fundamentais para a organização da atenção em saúde. Desse modo, manifesta-se a necessidade de maior articulação entre os sistemas dos municípios e o fortalecimento das secretarias estaduais de saúde, para regular a organização de redes assistenciais e, com isso, obter resultados positivos para a saúde da população. Nesse cenário, a linha de cuidado é um modelo ideal para a organização assistencial e para a integralidade. Além disso, as práticas gestoras adequadas para a organização eficiente da atenção à saúde depende do aprimoramento do conhecimento sobre o SUS entre os gestores, profissionais e a população.

A linha de cuidado é uma estratégia para a ação, um caminho para a obtenção da atenção integral, que é um dos princípios do SUS. O cuidado significa que não é só o cuidar de si, e sim o cuidado do outro. Este deve estar relacionado a uma prática humanizada e integral, com princípios e estratégias que norteiam a relação entre o paciente e o profissional de saúde. Desse modo, a linha de cuidado é uma forma de organização da atenção integral à saúde, com o propósito de orientar os gestores e profissionais de saúde, com vistas à continuidade do atendimento, fortalecendo, assim, a responsabilidade dos serviços¹⁴.

O vínculo terapêutico, entre equipes e usuários, estimula uma progressiva responsabilidade pela coprodução de saúde. Assim, os gestores devem centrar-se nos usuários e serem seguidos por todos os trabalhadores, construindo uma rede de serviços e compromimentos com a produção do cuidado. Contudo, estudo evidencia, também, dificuldades na reorganização do processo de trabalho em saúde por parte dos médicos, tanto na unidade como na gestão da realização do cuidado e de como o usuário vê o profissional, dificultando a interação com o usuário (A11).

Um dos motivos da falta de interação dos usuários com os médicos é o excesso de demanda, prejudicando a qualidade do atendimento e interferindo na relação médico-paciente. Também, há muita rotatividade dos médicos devido à insatisfação profissional e salarial, isso dificulta a criação do vínculo adequado com a população, o que a leva a não realizar acompanhamento regular, limitando-se a atendimentos eventuais¹⁵.

Outra pesquisa (A12) realizada para conhecer as práticas de cuidado realizadas por enfermeiros mostra situações que desencadeiam prejuízos à saúde da população. Uma das dificuldades encontradas foi ausência do trabalho em equipe na execução das ações de saúde. Os enfermeiros relatam que se sentem sobrecarregados com as atribuições que têm para com a população e com a organização das ESF. Mencionam, também, que têm dificuldade para dialogar com os demais membros da equipe da unidade. Sendo assim, o trabalho se torna fragmentado e individualizado, o que não favorece para as mudanças em suas ações. Os resultados, ainda, mostram que eles se sentem desassistidos pela gestão local para trabalhar junto com os usuários e com sobrecarga de responsabilidades, o que inviabiliza sua dedicação ao cuidado das pessoas.

Na investigação A12, os profissionais demonstram que há necessidade de reorganização da gestão para que seu trabalho seja coletivo, sistemático e que cada usuário tenha atendimento de qualidade, desde o momento da chegada à unidade de saúde até o momento do seu retorno. Reforçam a ideia da utilização do planejamento e avaliações das ações do ESF, de fazer uma nova discussão

com os gestores e demais membros da equipe de saúde, para gerar mudanças no processo do cuidado.

Uma das publicações analisadas (A13) mostra que uma das funções do enfermeiro é gerenciar e ser responsável por identificar como está organizado o atendimento ao usuário e como este se relaciona com a equipe. Com as funções de gerenciar e de prestar assistência, muitas vezes, o enfermeiro fica sobrecarregado e não realiza as ações de cuidado adequadamente, causando estresse e insatisfação nos usuários. Entretanto, a gestão de ESF é um modelo que favorece para a realização do cuidado de enfermagem, otimizando interrupções em saúde de tal forma que contemple os saberes dos profissionais e dos usuários (A14).

Pesquisa A15 mostra que as dificuldades encontradas pela equipe de saúde podem ser sanadas com mudanças na forma de organização do processo de trabalho. Para tanto, a equipe promoveu encontros quinzenais para discutir os processos e a organização do trabalho, com a proposta de desdobramento do procedimento de apoio institucional. As questões referentes à organização dos serviços eram trazidas a todo o momento, no decorrer dos encontros, e era apontada a insuficiência de recursos humanos como um dos problemas responsável pela sobrecarga de trabalho dos profissionais. A falta de acessibilidade dos usuários aos serviços em função da burocracia administrativa também era um fator de adoecimento da equipe, desenvolvendo sentimentos de angústia e impotência.

Na realidade, ninguém vive sem estresse. Ele é parte inerente de todo ser humano e tem pontos positivos. No entanto, é necessário aprender a lidar com o estresse e mantê-lo sob controle. A função gerencial faz parte da rotina do enfermeiro assim como a função assistencial, sendo interligadas. Para que ocorra um bom gerenciamento é preciso planejar e ter o envolvimento de todos, inclusive dos usuários. Muitas vezes, o enfermeiro encontra dificuldade em gerenciar, devido à falta de profissionais e, nessa situação, há sobrecarga de trabalho e ocorre prejuízo na assistência à população. Os enfermeiros devem saber lidar com os problemas do dia a dia, não culpando os usuários, ofertando a eles assistência de boa qualidade. Também, os profissionais da equipe da ESF devem ser capazes de respeitar as diferenças culturais, sociais, econômicas utilizando como instrumento de trabalho a escuta, o acolhimento, o estabelecimento de vínculo e a responsabilização¹⁶⁻¹⁷.

Nessa mesma linha de entendimento, pesquisa A16 buscou identificar o cuidado realizado pelos profissionais com crianças menores de 1 ano em um Programa de Saúde da Família (PSF), no qual o maior desafio dos profissionais foi integrar-se à rede do sistema de saúde. Isso porque pressupõe a organização de um sistema de referência e contrarreferência, com fluxos e percursos

definidos, constituído de acordo com a demanda populacional. O referido estudo mostra que os profissionais possuem dificuldades devido à descontinuidade da assistência, o que lhes causa impotência e desilusão. Outra dificuldade é a manutenção de equipamentos tecnológicos que possibilitam bom atendimento. Sendo assim, o estudo pontua que grande parte dos problemas evidenciados pode ser resolvida com ações simples e de baixo custo, só falta uma política de gestão comprometida com a efetiva mudança. Dentre as dificuldades apresentadas, está a descontinuidade na implantação de ações¹⁸. Essa situação interfere na autonomia e interfere no processo de trabalho dos profissionais.

As organizações se constituem de acordo com a concepção de saúde e desconhecem as histórias de vida das pessoas. As especialidades levam a fragmentação do cuidado, já que não cuida do paciente como um todo e, com a sobrecarga de trabalho, a consequência é a descontinuidade da atenção¹⁸.

Outro aspecto apontado pelos profissionais e usuários dos serviços de saúde está relacionado aos elementos que produzem (in)satisfação a um deles ou a ambos. Artigo A1 relata a experiência da criação de encontros por meio dos quais seria possível identificar as fragilidades da ESF e, assim, melhorar o atendimento e a satisfação dos usuários. Foi realizada uma reunião na qual a temática debatida era saúde e cuidado. A partir do segundo encontro, os usuários, um pouco mais à vontade, relataram aos profissionais a importância da rapidez no atendimento, da escuta do paciente e a sensação de descrença no serviço. Também, emergiram manifestações sobre a falta de esclarecimentos pelo profissional e o desrespeito para com o usuário. Além disso, outros assuntos foram levantados tais como: a relação público-privado do sistema de saúde, a saúde como mercadoria, o direito do usuário e o dever do profissional, a fragmentação do cuidado e conflitos profissionais, causando insatisfação no usuário.

Com o passar dos encontros, os usuários mostraram-se mais seguros em falar suas inquietações, uma vez que aumentou os relatos queixosos quanto à assistência prestada, à espera no atendimento, às consultas longinquamente agendadas. Com isso, os usuários saíram dos encontros muito satisfeitos, afirmando que pretendiam voltar ao espaço e chamar mais pessoas para participar, pois ali era o momento deles exporem o que estavam sentindo quanto ao serviço prestado e o que poderia mudar e contestar à gestão municipal. Da troca de vivências, apareceram as mudanças de postura entre a equipe e o usuário, o que fortalece a gestão compartilhada dos serviços ou das ações sociais de seus atores e a participação social A1.

A insatisfação do usuário reflete também na insatisfação do profissional, pois implica resultados da assistência prestada. Indivíduos mais satisfeitos apresentam

melhor qualidade de vida e menos índices de adoecimento físico e mental. Para o usuário, não basta agendar a consulta, realizar um determinado procedimento técnico, perguntar sobre a queixa e orientar, é preciso mais qualidade, disponibilidade e interesse, demonstrar compreensão e ajudá-lo a descobrir alternativas para o problema do usuário¹⁹.

Outro estudo (A17) buscou comparar o atendimento prestado por serviço privado com o do serviço público, com base na vivência de uma pessoa. Em uma determinada situação, a usuária tinha uma expectativa positiva, pois se tratava de um serviço privado, especialmente em relação à agilidade no atendimento, mediada, também, pela crença de que, como cliente antiga do médico, essa etapa seria agilizada. No entanto, seu sentimento foi de grande frustração, pois a organização e o longo tempo de espera lhe causaram grande angústia, insatisfação e falta de acolhimento. Optou, então, por procurar o serviço público que, mesmo com muitas tentativas, houve falta de agilidade. A alternativa encontrada foi esperar o tempo passar. Outra surpresa foi que, em nenhum momento, foi identificada, por algum serviço de saúde, uma possibilidade de alívio de suas angústias e acolhimento.

A produção do cuidado sem acolhimento gera insatisfação dos usuários e a não resolução de suas necessidades. A falta de acolhimento vinculado à dificuldade de acesso ao serviço de saúde está relacionada com baixa resolutividade no atendimento às necessidades de saúde da população, contrariando os princípios do SUS e as expectativas dos usuários²⁰.

Nessa mesma direção, pesquisa A18 teve como objetivo avaliar o acesso do usuário à ESF e sua satisfação com o serviço recebido. Os resultados revelam que o serviço não satisfaz a necessidade dos usuários. Um dos motivos pela insatisfação é de que os usuários têm dificuldades para agendar consulta médica, a qual parece ser a mais sentida pela população; o mau funcionamento do sistema de referência e contrarreferência, comprometendo o acesso a especialistas; o excessivo número de pessoas adscritas na área das equipes; a demora na sala de espera para receber o atendimento; o retardo no recebimento dos resultados de exames; o despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; e a espera pelo atendimento nas situações de urgência. Essa fragilidade na atenção à saúde é atribuída ao despreparo dos profissionais e usuários quanto à organização e execução de ações conjuntas; a baixa capacidade de visualizar a perspectiva coletiva da saúde, situada no campo da cidadania e as despesas com medicamentos e outros insumos.

O estudo A18 sinaliza o ponto de vista da gestora da unidade de saúde em relação às dificuldades, apontando o número excessivo de encaminhamentos.

A comunicação e a troca de informações entre profissionais são importantes para a função de coordenação atribuída à ESF e para a garantia de continuidade do cuidado.

A limitação de acesso a consultas especializadas, exames complementares, demora no atendimento se contrapõem ao direito à cidadania e aos princípios do SUS, em que os usuários ficam expostos e, muitas vezes, a condição de saúde se agrava. Além disso, essa situação gera desconforto para os profissionais da ESF, a quem cabe dar respaldo nessas condições²¹.

A insatisfação é definida como uma expressão negativa e ocorre no momento que o usuário se sente descontente ou decepcionado com o desempenho de um serviço, no qual não atingiu suas expectativas²². Vale destacar que a insatisfação dos usuários em relação à atenção do cuidado deveria instigar gestores e profissionais de saúde a rever seus trabalhos e repensar o atendimento que está sendo realizado.

Conclusão

Este estudo buscou analisar as publicações brasileiras relativas à gestão do cuidado na Estratégia Saúde da Família, considerando que refletir sobre essa temática implica reconhecer novos modos de ver as práticas de cuidado em saúde. Isso porque os profissionais têm o compromisso de, continuamente, gerar mudanças e transformações em suas práxis, com a finalidade de melhorar e qualificar a assistência e a satisfação do usuário.

A análise dos textos possibilitou identificar que o modelo de gestão da ESF requer que os profissionais, gestores e usuários identifiquem os problemas e construam soluções juntos. Além disso, os trabalhadores devem estar capacitados para dar suporte à comunidade, contribuindo para a promoção da saúde e do cuidado. O fortalecimento da equipe permitirá a identificação precoce dos problemas, o acolhimento e a criação do vínculo, elementos fundamentais da integralidade da atenção em saúde.

Desse modo, a ESF se constitui em um espaço em que profissionais e usuários podem discutir ações e intervenções em prol da saúde da população. Para tanto, a construção do vínculo e a satisfação de ambos são fundamentais para a obtenção do sucesso no processo de cuidar, se constituindo na dimensão profissional da gestão do cuidado. Contudo, a execução da gestão do cuidado na ESF ainda permanece como um dos desafios para os trabalhadores e gestores. Evidencia-se, nos artigos pesquisados, que há fragilidades nas organizações dos serviços de saúde, o que gera insatisfação dos usuários. Para tanto, é necessário que os gestores criem processos

de discussão e reflexões sobre a gestão do cuidado, em conjunto com os profissionais que atuam na ESF e os usuários, que também fazem parte da organização.

Por fim, os estudos apontam que a gestão do cuidado deve valorizar o uso das tecnologias leves como o vínculo e acolhimento entre profissionais e usuários. Nesse contexto, esta investigação possibilitou a realização de reflexões acerca das investigações no âmbito assistencial, ensino e de pesquisa no que tange à gestão do cuidado, na perspectiva de ampliação do conhecimento nesses campos.

Referências

1. Beck CL, Minuzi DO. Acolhimento como proposta de reorganização da assistência à saúde: uma análise bibliográfica. *Saúde, Santa Maria*. 2008;34(1-2):37-43.
2. Neves OJ, Meneghim MC, Pereira AC. Estratégia da Saúde da Família em Manaus: uma avaliação dos aspectos administrativos e operacionais. *Odonto*. 2012;20(39):99-109.
3. Luzardo AR, Pereira MF, Pereira J. Modelo de gestão do cuidado em Atenção Primária: reflexões sobre determinantes sociais da saúde do idoso. In: Pereira MF, Costa AM, Moritz GO, Bunn DA. *Contribuições para a gestão do SUS*. Florianópolis: Fundação Boiteux; 2013. 222p. (Gestão da Saúde Pública; v. 10).
4. Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE, Onocko R, (orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec; 1997. p. 71-112.
5. Cecilio LCO. A morte de Ivan Ilitch, por Leo Tolstoy: elementos para se pensar a múltiplas dimensões da gestão do cuidado. *Interface – Comunic Saúde Educ*. 2009; 13(Supl.1):545-55.
6. Polit DF, Hungler BP. *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*. 7ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2011.
7. Bardin L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70; 2010.
8. Correia VR, Barros S, Colvero LA. Saúde mental na atenção básica: prática da equipe de saúde da família. *Rev. esc. enferm*. 2011;45(6):1501-6.
9. Waidman MAP, Costa B, Paiano M. Percepções e atuação do Agente Comunitário de Saúde em saúde mental. *Rev Esc Enferm*. 2012; 46(5):1170-77.
10. Seabra DC, Carvalho ACD, Foster AC. O Agente Comunitário de Saúde na visão da equipe mínima de Saúde. *Rev. APS*. 2008;11(3):226-43.
11. Brand CI, Antunes RM, Fontana RT. Satisfações e insatisfações no trabalho do agente comunitário de saúde. *Cogitare enferm*. 2010;15(1):40-7.
12. Munari DB, Melo TS, Oliveira MB, Barbosa CC, Queiroz ACCM, Araújo BFM. Capacitação de agentes comunitários de saúde para o cuidado em saúde mental na atenção básica: potencializando pessoas para cuidar de pessoas. *Rev Tempus Actas Saúde Colet*. 2010;4(1):115-23.

13. Martins JS, Garcia JF, Passos ABB. Estratégia saúde da família: população participativa, saúde ativa. *Rev Enferm Integrada*. 2008;1(1):sp.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violência. Orientações para gestores e profissionais de saúde. Brasília; 2010.
15. Gonçalves RJ, Soares RA, Troll T, Cyrino EG. Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. *Rev bras educ med*. 2009;33(3):382-92.
16. Marqui ABT, Jahn AC, Resta DG, Colomé ICS, Rosa N, Zanon T. Caracterização das equipes da Saúde da Família e de seu processo de trabalho. *Rev Esc Enferm*. 2010;44(4):956-61.
17. Roecker S, Lazzarotto EM, Dutra JU. Dificuldades encontradas por enfermeiros no gerenciamento de equipes de saúde da família no âmbito da 10ª regional de saúde. In: 4º Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais; 2009 set 16-19; Cascavel: Unioeste; 2009.
18. Bôas LMFMV, Araújo MBS, Timóteo RPS. A prática gerencial do enfermeiro no PSF na perspectiva da sua ação pedagógica educativa: uma breve reflexão. *Ciênc saúde coletiva*. 2008;13(4):1355-60.
19. Medeiros FGC, Araújo-Souza GC, Albuquerque-Barbosa AA, Clara-Costa IC. Acolhimento em uma Unidade Básica de Saúde: a satisfação do usuário em foco. *Rev salud pública*. 2010;12(3):402-13.
20. Nery AA, Carvalho CGR, Santos FPA, Nascimento MS, Rodrigues VP. Saúde da família: visão dos usuários. *Rev enferm UERJ*. 2011;19(3):397-402.
21. Santos SMS, Oliveira VAC, Oliveira RAC, Guimarães EAA. Estratégia saúde da família: qualidade da assistência sob a perspectiva da satisfação do usuário. *Reme-Revista Mineira de Enfermagem*. 2010;14(4):499-508.
22. Santos HT. Estratégia Saúde da Família: satisfação de usuários. [Dissertação de (Mestrado)]. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo; 2011.

Como citar este artigo:

Leite MT, Nardino J, Hildebrandt LM, Santos AM, Martins RV. Gestão do cuidado na estratégia saúde da família: revisão narrativa. *Rev. Aten. Saúde*. 2016;14(48):106-115.