

FACULDADE DE ENFERMAGEM E MEDICINA NOVA ESPERANÇA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

JAQUELINE GONÇALVES PEDRO

**APLICATIVO PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

JOÃO PESSOA - PB
2020

JAQUELINE GONÇALVES PEDRO

**APLICATIVO PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, nível Mestrado, da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, como requisito necessário para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

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

Orientadora: Prof^ª. Dra. Daiane Medeiros da Silva

P413a

Pedro, Jaqueline Gonçalves.

Aplicativo para viabilizar a construção do projeto terapêutico singular nos serviços de atenção básica / Jaqueline Gonçalves Pedro. – João Pessoa, 2020.

97f.; il.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Daiane Medeiros da Silva.

Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Faculdade Nova Esperança – FACENE.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Gestão em Saúde. 3. Atenção Primária à Saúde. 4. Projeto Terapêutico Singular. 5. Tecnologia de Informação. 6. I. Título.

CDU: 614

JAQUELINE GONÇALVES PEDRO

**APLICATIVO PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO
TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada pela aluna Jaqueline Gonçalves Pedro, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde da Família, tendo obtido o conceito **APROVADA**, conforme a apreciação da Banca Examinadora.

Aprovada em 15 de março de 2020.

BANCA EXAMINADORA

Daiane Medeiros da Silva

Profa. Dra. Daiane Medeiros da Silva – Orientadora (FACENE)

Rafaela Gerbasi Nóbrega Quartarone

Profa. Dra. Rafaela Gerbasi Nóbrega Quartarone – Membro Externo (UNIPÊ)

Vagna Cristina Leite da Silva Pereira

Profa. Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira – Membro Interno (FACENE)

AGRADECIMENTOS

A Deus.

Ao meu irmão Erbson pelo auxílio, paciência e dedicação.

Aos meus pais pelo carinho, acolhimento e incentivo.

Ao meu marido pelo apoio e colaboração.

Ao meu filho pelas aulas preparatórias para o exame de proficiência.

À Maricleide por sua hospitalidade.

À minha orientadora Dra. Daiane Medeiros da Silva pelo estímulo diante dos desafios.

À Dra. Vagna Cristina Leite da Silva Pereira por sua colaboração.

À Dra. Rafaela Gerbasi Nóbrega Quartarone por sua contribuição.

Ao professor Kleyber Araújo pelo auxílio na construção do aplicativo.

Aos meus colegas do NASF-AB que participaram da pesquisa.

Ao Secretário de Saúde Cristóvão Pinheiro.

Aos profissionais da ESF que participaram da pesquisa.

Muito Obrigada!

“Habitue-se a ouvir a voz do seu coração. É através dele que Deus fala conosco e nos dá a força que necessitamos para seguirmos em frente, vencendo os obstáculos que surgem na nossa estrada”.

Irmã Dulce

RESUMO

PEDRO, J.G. Aplicativo para viabilizar a construção do projeto terapêutico singular nos serviços de atenção básica. 2021. 97f.; il. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. João Pessoa – PB, 2020.

A Política Nacional de Humanização traz o Projeto Terapêutico Singular como uma proposta de intervenção mais humanizada, comprometida em conhecer os fatores que exercem influência sobre o adoecimento. Entretanto, os profissionais dos serviços de Estratégia Saúde da Família e do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica demonstram dificuldades em construí-lo. Por essa razão, esse estudo tem como objetivo geral: construir um aplicativo que viabilize a elaboração do Projeto Terapêutico Singular pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Tratou-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, realizada no município de Cajazeiras, Paraíba, com 14 enfermeiros, 8 médicos, 13 dentistas, 84 ACS, 16 técnicos de enfermagem, 04 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 psicólogo e 01 profissional de educação física, totalizando uma amostra final de 143 profissionais, nos meses de junho e julho de 2019. Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, utilizando o programa *Statistica da Stat Soft*. As respostas foram analisadas de forma quantitativa, mediante Escala de *Likert*, com classificação de um pouco apropriada, moderadamente apropriada, muito apropriada e completamente apropriada. Quanto à caracterização dos participantes do estudo, 88,1% possuíam vínculo efetivo, e 11,9% eram contratados, com o tempo de atuação profissional variando de 7 meses a 38 anos. Apenas a variável “Profissionais com vínculo estreito com usuário/família devem assumir mais responsabilidades na coordenação do PTS” recebeu classificação um pouco apropriada, com média 2,7. As demais foram classificadas como moderadamente apropriadas, significando 40 a 69% apropriada, adaptada, correspondendo moderadamente ao objetivo proposto e muito apropriada, de 70 a 99% apropriada, adaptada, correspondendo intensamente ao objetivo proposto. A partir dos resultados obtidos, construiu-se o aplicativo, que, além de trazer o passo a passo para a construção do PTS, também disponibiliza informações sobre aspectos importantes e fundamentais para o sucesso dessa estratégia. O aplicativo possibilita o acesso remoto, comunicação virtual, informações organizadas, fácil manejo, linguagem simples, acompanhamento de condutas e informações, além de potencializar a comunicação entre os sujeitos envolvidos na operacionalização do cuidar. Contudo, recomenda-se que novos estudos possam ser realizados e validados a partir deste, para que possam obter resultados práticos que demonstrem a eficácia do aplicativo na realidade dos serviços.

DESCRITORES: Assistência Integral à Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Projeto Terapêutico Singular; Tecnologia de Informação.

ABSTRACT

PEDRO, J.G. Application to enable the construction of the unique therapeutic project in primary care services. 2021. 97f.; il. Dissertation (Professional Master's in Family Health) – Faculty of Nursing and Medicine Nova Esperança, João Pessoa –PB, 2020.

The National Humanization Policy brings the Singular Therapeutic Project as a proposal of a more humanized intervention, committed to knowing the factors that exert influence on illness. However, professionals in Strategy services Family Health and the Comprehensive Health Care and Primary Care Nucleus show difficulties in building it. For this reason, this study has as its general objective: to build an application that enables the elaboration of the Singular Therapeutic Project by the Teams of Family Health and Comprehensive Health Care and Primary Care Centers. It was methodological research, with a quantitative approach, carried out in the municipality of Cajazeiras, Paraíba, with 14 nurses, 8 doctors, 13 dentists, 84 CHA, 16 technicians from nursing, 04 physiotherapists, 01 social worker, 01 nutritionist, 01 psychologist and 01 physical education professional, totaling a final sample of 143 professionals, in the June and July 2019. The data were analyzed using statistics descriptive, using Stat Soft's Statistica program. Responses were analyzed in a quantitative way, using a Likert scale with a little appropriate classification, moderately appropriate, very appropriate and completely appropriate. As for the characterization of the study participants, 88.1% had an effective bond and 11.9% were hired, with professional experience ranging from 7 months to 38 years. Only the variable “Professionals with a close relationship with the user / family must assume more responsibilities in the coordination of the STP” received a little appropriate classification, with an average of 2.7. The others were classified as moderately appropriate, meaning 40 to 69% appropriate, adapted, moderately corresponding to the objective proposed and very appropriate, from 70 to 99% appropriate, adapted, corresponding intensely to the proposed objective. From the results obtained, the application was built, that in addition to bringing the step by step to the construction of the STP, it also provides information on important and fundamental aspects for the success of this strategy. The application allows remote access, virtual communication, organized information, easy management, simple language, monitoring of behaviors and information, in addition to enhance communication between the subjects involved in the operationalization of care. However, it is recommended that further studies can be carried out and validated from of this, so that they can obtain practical results that demonstrate the effectiveness of the application in the reality of services.

DESCRIPTORS: Comprehensive Health Care; Health Management; Primary Health Care; Singular Therapeutic Project; Information technology.

RESUMEN

PEDRO, J.G. Aplicación para posibilitar la construcción del proyecto terapéutico singular en los servicios de atención primaria. 2021. 97.; il. Disertación (Maestría Profesional en Salud de la Familia) - Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança. João Pessoa-PB, 2020.

La Política Nacional de Humanización trae el Proyecto Terapéutico Singular como una propuesta de intervención más humanizada, comprometida en conocer de los hechos que influyen sobre la enfermedad. Sin embargo, los profesionales de los servicios de Estrategia de Salud de la Familia y del Núcleo Ampliado de Salud de la Familia y Atención Primaria demuestran dificultades en construirlo. Por esta razón, ese estudio tiene como objetivo general: construir una aplicación para posibilitar la elaboración del Proyecto Terapéutico Singular por los equipos de Salud de la Familia y Núcleos Ampliados de Salud de la Familia y Atención Primaria. Se trata de una investigación metodológica, de enfoque cuantitativo, elaborada en el municipio de Cajazeiras, Paraíba, con 14 enfermeros, 08 médicos, 13 dentistas, 84 ACS, 16 técnicos de enfermería, 04 fisioterapeutas, 01 asistente social, 01 nutricionista, 01 psicólogo y 01 profesional de educación física, totalizando una muestra final de 143 profesionales, en los meses de junio y julio de 2019. Los datos fueron examinados a partir de la estadística descriptiva, utilizando el programa Statistica de la Stat Soft. Las respuestas fueron examinadas de la forma cuantitativa, a través de la escala de likert con la categorización de un poco apropiada, moderadamente apropiada, muy apropiada y totalmente apropiada. De lo que se refiere a la categorización de los participantes del estudio, 88,1% poseían vínculo efectivo mientras que 11,9% eran contratados, con un tiempo promedio de actuación profesional variando entre los 7 meses a 38 años. Apenas la variable “Profesionales con una relación cercana con el usuario/familia deben asumir más responsabilidades en la coordinación de la PTS” recibió una clasificación algo adecuada, con un promedio de 2,7. Las demás fueron clasificadas como moderadamente apropiadas, es decir, de 40 a 69% apropiadas, adaptadas, correspondiendo moderadamente al objetivo propuesto y muy apropiada, de 70 a 99% apropiadas, adaptadas, correspondiendo intensamente al objetivo propuesto. A partir de los resultados obtenidos, se construyó la aplicación, que además de traer el paso a paso para la construcción del PTS, también proporciona informaciones sobre los aspectos importantes y fundamentales para el éxito de esta estrategia. La aplicación permite el acceso de forma remota, comunicación virtual, informaciones organizadas, fácil manejo, lenguaje sencillo, seguimiento de conductas e informaciones, además de potenciar la comunicación entre los sujetos involucrados en el proceso operacional de la atención. Sin embargo, se recomienda que se puedan realizar nuevos estudios y validarlos a partir de este, para que se puedan obtener resultados prácticos que demuestren la efectividad de la aplicación en la realidad de los servicios.

DESCRIPTORES: Asistencia Integral a la Salud. Gestión en Salud. Atención Básica a la Salud. Proyecto Singular Terapéutico. Tecnología de Información.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Etapas referentes à construção da tecnologia.....	31
Figura 2 – Tela com a página para criação de conta.....	36
Figura 3 – Tela com a página de login do Ionic Creator.....	36
Figura 4 – Tela inicial do Ionic Creator.....	37
Figura 5 – Tela para seleção de tipos de projetos.....	37
Figura 6 – Tela de escolha do dispositivo.....	38
Figura 7 – Tela de nomeação de página.....	38
Figura 8 – Tela para ocultar cabeçalho.....	39
Figura 9 – Tela de inserção de botões.....	40
Figura 10 – Tela de inserção de espaço.....	40
Figura 11 – Tela de inserção de log.....	41
Figura 12 – Tela de inserção de figura.....	42
Figura 13 – Tela de inserção de botões.....	42
Figura 14 – Tela de inserção de página com adição de componentes.....	44
Figura 15 – Vinculação de telas.....	46
Figura 16 – Tela inicial do aplicativo.....	51
Figura 17 – Tela com orientações gerais referentes ao PTS.....	52
Figura 18 – Tela guia para navegação no app.....	53
Figura 19 – Tela de acesso ao cadastro do profissional de referência ou login.....	54
Figura 20 – Tela para cadastro do profissional de referência.....	54
Figura 21 – Tela da chave de acesso para habilitar participantes.....	55
Figura 22 – Tela para habilitar participantes.....	55
Figura 23 – Tela para habilitar novo participante.....	56
Figura 24 – Tela de acesso ao cadastro do profissional.....	56
Figura 25 – Tela para criar conta.....	57
Figura 26 – Tela para redefinição de senha.....	57
Figura 27 – Tela para autenticação de senha.....	58
Figura 28 – Tela de acesso ao cadastro do usuário.....	58
Figura 29 – Tela para localização de cadastro.....	59
Figura 30 – Tela para cadastro de usuário.....	59
Figura 31 – Tela com as etapas do PTS e a opção de gerar relatório.....	60

Figura 32 – Tela com a subdivisão do diagnóstico.....	61
Figura 33 – Tela para avaliação orgânica.....	61
Figura 34 – Tela para avaliação psicológica.....	62
Figura 35 – Tela para avaliação social.....	62
Figura 36 – Tela para definição de metas e divisão de responsabilidades.....	63
Figura 37 – Tela para definição de metas a curto prazo.....	63
Figura 38 – Tela para definição de metas a médio prazo.....	64
Figura 39 – Tela para definição de metas a longo prazo.....	65
Figura 40 – Tela para reavaliação do PTS.....	65
Figura 41 – Tela para evolução satisfatória.....	66
Figura 42 – Tela para preparação de alta.....	66
Figura 43 – Tela de evolução insatisfatória.....	67
Figura 44 – Tela com a emissão de relatório.....	67

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Escala de Likert para avaliar os atributos de qualidade das variáveis do aplicativo.....	33
Quadro 2 – Classificação das variáveis segundo a média das respostas dos profissionais de saúde.....	49

LISTA DE SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ADAPS	Agência para o Desenvolvimento da Atenção Primária à Saúde
ANPPS	Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
APP	Aplicativo
AB	Atenção Básica
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimento em Saúde
CAPSad	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CRAM	Centro de Referência de Atendimento à Mulher
CAPS II	Centros de Atenção Psicossocial
CTI	Ciência, Tecnologia e Inovação
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CAAE	Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos
CEIS	Complexo Econômico e Industrial da Saúde
CNCTS	Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
DECIT	Departamento de Ciência e Tecnologia
DESF	Departamento de Saúde da Família
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAMENE	Faculdade de Ciências Médicas Nova Esperança
FACENE	Faculdade de Enfermagem Nova Esperança
GM	Gabinete do Ministério
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCTS	Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde
MS	Ministério da Saúde
NTIC	Novas Tecnologias de Informação e Comunicação
Nasf-AB	Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNCTIS	Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde
PNS	Política Nacional de Saúde
PDI	Produção, Desenvolvimento e Inovação
PSE	Projeto Saúde nas Escolas
PTS	Projeto Terapêutico Singular
RAS	Rede de Atenção em Saúde
SF	Saúde da Família
SAPS	Secretaria de Atenção Primária à Saúde
SCTI	Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para Atenção Básica
SNI	Sistema Nacional de Inovação
SUS	Sistema Único de Saúde
TICs	Tecnologias da Informação e Comunicação
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento
UBS	Unidade Básica de Saúde
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....	13
1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Apresentação.....	14
1.2 Contextualização e problematização do estudo	16
1.3 Objetivos.....	18
1.3.1 Objetivo geral	18
1.3.2 Objetivos específicos.....	18
CAPÍTULO 2.....	19
2 QUADRO TEÓRICO.....	20
2.1 O NASF-AB nos serviços de atenção básica: contribuições e desafios.....	20
2.2 Tecnologias na saúde	22
2.3 Aplicativo viabilizando o projeto terapêutico singular	27
CAPÍTULO 3.....	30
3 MÉTODO	31
3.1 Tipo de pesquisa.....	31
3.2 Fases para a construção da tecnologia.....	31
CAPÍTULO 4.....	48
4 RESULTADOS.....	49
CAPÍTULO 5.....	69
5 DISCUSSÃO	70
CAPÍTULO 6.....	77
6 CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS	79
APÊNDICES.....	90

CAPÍTULO 1

1 INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

No intuito de contextualizar o desejo pela construção deste estudo, a pesquisadora traz abaixo um pouco da sua trajetória acadêmica e profissional. A pesquisadora deste estudo é graduada em Serviço Social e especialista em Gestão e Análise Ambiental pela Universidade Estadual da Paraíba (UEPB). Na etapa final da graduação, teve a oportunidade de desenvolver um estudo com o objetivo de analisar o processo de constituição da cidadania e dos direitos da criança e do adolescente atendidos na pediatria do Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC). Em seguida, foi agraciada com a especialização que trouxe a oportunidade de desenvolver uma pesquisa com foco na avaliação da percepção da comunidade rural de Juazeirinho, Paraíba, sobre a destinação final do resíduo de procedimento do caulim – uma forma de combate à degradação ambiental nas condições de semiárido paraibano.

O conhecimento adquirido subsidiou sua prática profissional que perpassa pelo Conselho Tutelar, Centro de Referência e Assistência Social (CRAS), Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Droga (CAPSad), Centro de Atenção Psicossocial (CAPS II), Centro de Referência e Atendimento à Mulher (CRAM), Casa de Acolhimento para Moradores de Rua, Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB).

Entretanto, o interesse em cursar o Mestrado Profissional em Saúde da Família na Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança (FACENE/FAMENE) advém da atuação no Nasf-AB, no município de Cajazeiras, Paraíba, em 2017 – período de aproximação com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF) e Atenção Básica (AB). Todavia, foi no exercício de suas funções como assistente social que percebeu um cenário desfavorável atrelado ao processo de trabalho.

A prática profissional estava vinculada a desajustes que refletiam negativamente na resolutividade das ações, pois o delineamento das intervenções era constantemente interrompido pela falta de recurso, preparo e alternância dos profissionais. Dentre estes, a ausência de transporte agravava a efetividade do apoio atribuído ao Nasf-AB, culminando no distanciamento das equipes, comprometendo ainda mais o diálogo entre os serviços. À vista disso, ao receber as referências das Unidades Básicas de Saúde (UBS), existia certa morosidade em realizar os atendimentos em domicílio, pois, quando havia disponibilidade de

transporte, optava-se por priorizar os casos mais urgentes, uma vez que havia a necessidade de atender a três Nasf-AB tipo I no município.

Outro aspecto importante refere-se ao fato de as equipes de ESF compartilharem das mesmas adversidades supraditas. No mais, em uma rotina conturbada incorporada ao contexto desses serviços, poucos profissionais demonstravam interesse em construir o Projeto Terapêutico Singular (PTS). Contudo, havia certa confusão no entendimento com relação à construção do PTS, já que alguns tinham pouco ou nenhum domínio sobre o assunto, visto que insistiam em julgar o usuário, desconsiderando seu contexto e não acreditando em sua recuperação e na corresponsabilização da família. Logo, a discussão resumia-se a um único encontro e se perdia em meio ao excesso de demandas.

Assim, voltando-se a compreender e contribuir frente às interfaces que dificultam a efetividade dos atendimentos do Nasf-AB, surge a ideia de desenvolver um aplicativo com o objetivo de viabilizar a construção do PTS e a articulação entre as ESF e Nasf-AB, assegurando um canal efetivo no que se refere à integralidade do cuidado.

Face ao exposto, para nortear o leitor, mostra-se a seguir como este trabalho está estruturado. Inicialmente, tem-se a contextualização e a problematização do objeto de pesquisa, com estudos que apontam as potencialidades e fragilidades no Nasf-AB e porque se viu a necessidade de construir um aplicativo que viabilizasse a construção do PTS.

O segundo capítulo traz estudos que indicam as contribuições e desafios do Nasf-AB nos serviços de AB, assim como o papel das tecnologias na saúde. O terceiro capítulo evidencia o tipo de estudo e sua operacionalização, local da pesquisa, população, amostra, instrumento e procedimentos para coleta de dados, análise dos dados e aspectos éticos da pesquisa.

O quarto capítulo fala dos resultados, evidenciando as considerações resultantes da aplicação do questionário semiestruturado que subsidiaram a construção do *app*, além de instruir sobre a operacionalização do PTS por aplicativo e sua aplicabilidade na prática profissional. Por conseguinte, no quinto capítulo, apresenta-se o respaldo teórico de forma crítica e comparativa com a literatura a partir dos resultados obtidos no estudo. No mais, o sexto e último capítulo traz as considerações finais, que resumem os achados a partir dos resultados, com sugestões de estudos subsequentes.

1.2 Contextualização e problematização do estudo

A Estratégia Saúde da Família (ESF) surgiu como resposta à fragmentação da saúde com enfoque na família e suas necessidades (OHARA; SAITO, 2014), o que levou à implementação da atenção em nível multiprofissional, com vistas à ampliação da capacidade de resposta aos problemas de saúde da população na Atenção Básica (AB) (BRASIL, 2014).

Em um cenário de intenso processo de discussões e negociações no âmbito federal, passados 14 anos da criação da ESF, em 2008, foram criados os Núcleos de Apoio à Saúde Família (Nasf), visando ampliar o escopo de ações e a resolutividade da AB (MELO *et al.*, 2018).

O Nasf-AB é constituído por profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atuam no arranjo organizacional, viabilizando o compartilhamento de práticas em saúde e apoiando a articulação da AB com outros pontos de atenção da rede. Ao prestar apoio de referência às equipes da ESF, asseguram a ampliação da assistência em saúde a partir do Projeto Terapêutico Singular (PTS), apoio matricial, clínica ampliada e Programa de Saúde no Território (PST) (GONÇALVES *et al.*, 2015).

Segundo Pasquim; Arruda (2013), a falta de compreensão com relação ao papel do Nasf-AB junto às equipes da ESF e as dificuldades atreladas às condições de trabalho colocam em risco a efetividade de suas ações, terminam equivocadamente focando no atendimento individual pouco resolutivo, centrado apenas na produtividade, em uma perspectiva que não viabiliza as ações de longo prazo. Ressalta-se que esses entraves ficaram ainda mais evidenciados após a revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), em que o termo apoio foi retirado da sua nomenclatura, passando a se chamar Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (Nasf-AB) (BRASIL, 2017), colocando em risco a ESF, uma vez que suscita dúvidas sobre o lugar que o matriciamento passa a ter aos gestores responsáveis pela implementação das mudanças.

Esses obstáculos na organização do processo de trabalho do Nasf-AB vão debilitando a excelência do serviço, com ações fragilizadas no âmbito do planejamento, articulação, monitoramento, avaliação e integração com a ESF, resultando em ações isoladas que dificultam o compartilhamento de casos e a construção coletiva do PTS (SILVA *et al.*, 2019). Percebe-se que o processo de trabalho do Nasf-AB perpassa um emaranhado de desajustes que refletem negativamente no delineamento da articulação com a ESF e na construção do PTS. Nesse sentido, é fundamental cultivar a sintonia entre Nasf-AB e ESF, na perspectiva de favorecer a construção do PTS.

O PTS oportuniza a inter-relação entre os participantes, é algo costurado com a participação de todos (DEPOLE, 2018), representa a intensificação no cuidado, um momento de reflexão detalhada sobre a prática (VASCONCELOS *et al.*, 2016), considerando as limitações do usuário e criando um cenário favorável e resolutivo à sua recuperação, procurando fortalecer o vínculo com o usuário e a família (LINASSI *et al.*, 2011). Logo, para sua operacionalização, é necessário habilitar os profissionais e avultar a coparticipação do usuário (DEPOLE, 2018).

Os profissionais de saúde devem fortalecer o vínculo com o usuário, garantindo que participem ativamente de seu tratamento. Por conseguinte, entende-se que essa perspectiva estimula o empoderamento e a ruptura com o conceito impregnado de vulnerabilidade atrelado ao adoecimento, proporcionando um cenário humanizado e contextualizado no processo de saúde (LIMA *et al.*, 2014). A articulação entre a ESF e Nasf-AB é primordial para a efetivação do PTS e garantia do cuidado integral, podendo tal conexão ser favorecida mediante a incorporação de tecnologias no processo de trabalho desses atores. Koerich *et al.* (2011) afirmam que a tecnologia é capaz de superar obstáculos e promover a articulação no meio em que for implementada.

As tecnologias são instrumentos que renovam as formas de transmissão das informações, subsidiando a comunicação, potencializando as formas de acesso aos conteúdos (VALENTE, 2014). Surgem para suprir os anseios da sociedade por serviços de excelência (LORENZETTI; GELBCKE; VANDRESEN, 2016), buscam aperfeiçoar a coleta de dados nos serviços de saúde (BARILLI; EBECKEN; CUNHA, 2011), oportunizando a possibilidade de reavaliar as condutas aplicadas, uma vez que as transcrições tendem a ocorrer de forma fragmentada (SILVA *et al.*, 2016).

Nessa direção, faz-se necessário desenvolver uma ferramenta tecnológica de apoio direcionado aos serviços aludidos anteriormente, pautadas no pressuposto de viabilizar a construção do PTS, suscitando inovações ao recriar, por meio da sistematização, a possibilidade de reavaliar as condutas terapêuticas. A construção do PTS pressupõe um mecanismo que potencializa a integralidade do cuidado, fragilizada pela impermanência das relações entre os serviços, acrescida de condições de trabalho precárias (LINASSI *et al.*, 2011).

Desse modo, esse estudo traz uma ferramenta tecnológica (aplicativo) no intuito de viabilizar a elaboração do PTS pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e AB. Esse aplicativo buscou dirimir fatores limitantes à implantação do PTS e oportunizará aos profissionais de saúde um ambiente virtual inteligível que permita o

acompanhamento de demandas e o planejamento de intervenções, fortalecendo de maneira efetiva a inter-relação na AB e a integralidade factual do cuidado.

Portanto, tendo em vista a problemática envolvendo a construção do PTS, este estudo busca responder à seguinte questão norteadora: “A construção de um aplicativo específico para o PTS viabilizará a sua elaboração pelos profissionais da AB e Nasf-AB?”.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo geral

Construir um aplicativo que viabilize a elaboração do Projeto Terapêutico Singular pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica.

1.3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica;
- Avaliar o conhecimento dos profissionais das Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica acerca do PTS.

CAPÍTULO 2

2 QUADRO TEÓRICO

2.1 O NASF-AB nos serviços de atenção básica: contribuições e desafios

A Previdência Social em 1970 financiava o modelo assistencial vinculado ao INAMPS, responsável pelo alto índice de mortalidade infantil. Todavia, parte da população ficava desassistida por não ser contribuinte (FAGUNDES; DEUSDEDIT JÚNIOR, 2016). Entretanto, a constituição de 1988 representou o regresso à democracia, contexto em que a saúde passa a ser direito de todos (PAIVA; TEIXEIRA, 2014).

O crescimento populacional e epidemiológico resultou em predominância das doenças crônicas, todavia, o sistema de saúde, por ser subdividido, responde de forma fracionada a essa realidade, resultando na reforma sanitária com a expectativa de corrigir a fragmentação e a visão de atuação sem perspectiva de integralidade no campo da saúde. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) surge como experiência que vem evoluindo ao longo do tempo, buscando atender às necessidades de seus usuários e elidir as ações fragmentadas e suplementares (MENDES, 2011).

A universalização dos cuidados em saúde tem sido favorecida pela ESF, pois injeta condutas na esfera multidisciplinar com prisma no acolhimento, vínculo e humanização, porém os desafios para a concretização da universalidade e a integralidade dos cuidados em saúde estão condicionados a fatores ligados a um contexto que perpassa por financiamento, formação profissional e ações intersetoriais (ARANTES; SHIMIZU; HAMANN, 2016).

O sistema de saúde procura se desvencilhar da proeminência do modelo biomédico, ao priorizar o fortalecimento de vínculo, as necessidades dos usuários e o acolhimento humanizado, garantido, assim, a integralidade do cuidado, porém encontra resistência em romper como paradigma da biomedicina fortemente presente nas práticas assistenciais (FERTONANI *et al.*, 2015). O sistema de saúde tem, em sua trajetória, um grande desafio a ser superado, que consiste em suplantar o isolamento, a incomunicabilidade entre os serviços de saúde. Não é simples superar algo arraigado ao sistema, o qual inviabiliza uma atenção contínua aos usuários, que terminam se perdendo na Rede de Atenção à Saúde (RAS) pela improficuidade de comunicação (MENDES, 2011).

Os serviços de saúde precisam superar a fragilidade no processo de trabalho avultado pela carência de recurso seja no âmbito físico e materiais, acarretando deficiência na prática profissional (FONSECA *et al.*, 2011). É necessário desconstruir o modelo de assistência em saúde que concentra sua atenção na doença, porém para que ocorra essa mudança na prática

profissional, é essencial rever a formação dos profissionais, direcioná-los para a educação permanente na perspectiva coletiva, considerando os determinantes sociais, com o intuito de assegurar a qualidade do serviço prestado (CAMARA *et al.*, 2012).

Frente a uma nova perspectiva de promoção de saúde, são necessárias diversas articulações e reorganização de serviços, de modo que a Atenção Básica passe a ser ordenadora das RAS, propiciando ações mais resolutivas. Pensando na atenção integral e no apoio às ações de Atenção Básica, surgiram os Nasf-AB, que integram profissionais de diferentes áreas no compartilhamento de práticas e saberes em saúde em uma atuação interdisciplinar, tomando como objeto os aspectos sociais, subjetivos e biológicos dos sujeitos e coletivos (BRASIL, 2014).

Tomando por base o trabalho em equipe, Souza (2014, p.351), aponta que:

O trabalho multiprofissional em pretensão interdisciplinar estabelece desafios proeminentes para a gestão de processos correlatos, pois também implica em inovações metodológicas e tecnológicas e, principalmente, em mudanças de disposições, atitudes e posturas profissionais. O que requer mudanças concomitantes nos sistemas e processos de formação (principalmente de graduação), Educação Permanente e organização de práticas de trabalho.

A equipe do Nasf, ao entrar nas Unidades de Saúde da Família, tem como tarefa essencial dinamizar o funcionamento do trabalho com emprego de tecnologias, conduzindo à valorização da escuta, ao fortalecimento de vínculo e à ampliação da articulação entre os serviços da Atenção Básica (BRASIL, 2014).

Segundo a Portaria nº 3.124, de 28 de dezembro de 2012, os Nasf-AB podem ser organizados em três modalidades:

NASF 1 deverá estar vinculado a no mínimo 5 (cinco) e a no máximo 9 (nove) Equipes Saúde da Família e/ou equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
 NASF 2 deverá estar vinculado a no mínimo 3 (três) e a no máximo, 4 (quatro) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais);
 NASF 3 deverá estar vinculado a no mínimo 1 (uma) e a no máximo 2 (duas) Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas (consultórios na rua, equipes ribeirinhas e fluviais), agregando-se de modo específico ao processo de trabalho das mesmas, configurando-se como uma equipe ampliada (BRASIL, 2012, p.1).

O processo de trabalho do Nasf é conduzido por tecnologias, como Apoio Matricial, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular (PTS), Projeto de Saúde no Território (PST), Educação Permanente em Saúde (EPS) e Educação em Saúde (SANTOS; KODJAOGLANIAN; FERRARI, 2016).

O matriciamento surge da construção compartilhada na esfera de atuação pedagógica e terapêutica, que vai contrapor o tradicional sistema de referenciamento pouco resolutivo (BRASIL, 2011). Representa um canal de cuidado integrado em sua totalidade, permitindo interligar os níveis de atenção, com ressalva na doença e nos aspectos da vivência do indivíduo (JORGE *et al.*, 2012).

O apoio matricial fomenta a prática profissional com a adição de projetos terapêuticos e atendimentos compartilhados, acrescido de elementos que potencializam as ações como o acolhimento, fortalecimento de vínculo, totalidade do cuidado, resolutividade, acessibilidade, interdisciplinaridade, sigilo e capacitação profissional (HIRDES, 2015).

Ainda no contexto da atenção integral, surgem os preceitos da clínica ampliada, trazendo consigo a estratégia do PTS como resposta à necessidade de humanização do cuidado em saúde, sendo relevante ponderar a Política Nacional de Humanização do Sistema Único de Saúde (HumanizaSUS), que de acordo com Lima, Moura e Cavalcante (2017, p.474), tem como estratégia:

Aprimorar a produção de saúde e de assistência reorganizando as relações humanas, em que usuários, profissionais e gestores sejam corresponsáveis pelo planejamento, condução dos serviços, avaliação e administração dos conflitos advindos desta nova constituição de grupalidade.

Na prática, a execução do apoio matricial diverge das normativas de cunho oficial, consistindo em desvios que se materializam em falta de recursos em meio à crescente demanda de atendimento e à ausência do diálogo na formação profissional. São pontos que influenciam negativamente a prática profissional e criam uma onda de ações fragmentadas, inviabilizando a efetivação do matriciamento. Logo, para que se possa mudar essa realidade, é necessário que o diálogo seja inserido no espaço de trabalho, construindo-se relações baseadas no estreitamento de vínculo entre os membros das equipes e os usuários (BONFIM *et al.*, 2013).

Barros *et al.* (2015) mostra que o matricialmente pressupõe ideias e ações moldadas no decorrer das intervenções. Entretanto, o apoio matricial, ao ser confundido com fiscalização, gera uma barreira na atuação no Nasf-AB. Além da distorção com relação à compreensão das ações no âmbito do apoio matricial, outro fator negativo que se refere à falta de comunicação das equipes frente às intervenções conjuntas.

Para Delfini e Reis (2012), além da visão equivocada de matriciamento, outros fatores dificultam ainda mais esse entendimento, como a ausência de qualificação, mudanças constantes de profissionais, pressão para o aumento de produtividade e escassez de recursos.

Assim, levar para esse cenário uma dinâmica voltada para a troca de saberes, experiências, intervenções conjuntas é criar um ambiente propício para que se garanta a integralidade no cuidar.

Assim, Bonfim *et al.* (2013) sugere que o ato de matriciar pode deixar de ser apenas um espectro para se materializar na prática, desde que se abra uma janela para a ampla comunicação, construindo-se, conseqüentemente, uma cultura baseada no compartilhamento e na confiança. Enquanto Jorge *et al.* (2012) compreendem que, para que haja efetivação das ações no âmbito matricial, várias hesitações teriam que ser sufocadas, tais como a carência na oferta de capacitação, indiferença com a escuta, inter-relação e saber do outro.

A clínica ampliada pressupõe um momento que redimensiona o olhar na perspectiva de potencializar a escuta para a construção das condutas terapêuticas compartilhadas, considerando o que é característico do indivíduo, uma vez que os profissionais de saúde estão adaptados a direcionar sua atenção a procedimentos fragmentados (DELZIOVO; PEDEBÔS; PIRES, 2012). Entretanto, a demanda sufocada pela extensão da área de abrangência e a falta de compreensão no que tange à aplicação da clínica ampliada reproduzem um desarranjo no encontro entre os profissionais de saúde e o usuário, desprezando um ambiente extremamente produtivo na construção de cuidados (FONSÊCA *et al.*, 2017).

O PST exprime condutas que visam identificar a vulnerabilidade em determinada área e, conseqüentemente, buscar parcerias para minimizar os riscos a saúde dos moradores. São intervenções focadas na produção de saúde e redução de risco no território, pautadas na coprodução entre os atores envolvidos no arranjo do cuidar (VERDI; FREITAS; SOUZA, 2012).

Entretanto, Batista *et al.* (2020), observa que a forma como o PTS vem sendo organizado em alguns serviços destoa das orientações do Ministério da Saúde, não identificando com clareza a participação do usuário, o espaço para o compartilhamento, as definições de metas e o tempo para sua efetivação. Pressupõe que o usuário não consiga participar ou opinar com relação às decisões terapêuticas adotadas, ou seja, as ações não são construídas em conjunto com o usuário, e sim impostas. Contudo, os resultados, de modo geral, evidenciam que essa tecnologia não é utilizada em sua totalidade, culminando numa pouca adesão por parte dos profissionais e usuários.

A EPS é uma estratégia vinculada às diretrizes do SUS, voltada para a aprendizagem no ambiente de trabalho, com o propósito de modificar a prática profissional, estabelecendo um vínculo com a comunidade, por meio da prática do ensino incorporado ao cotidiano. A construção e a reconstrução do conhecimento conduz à reflexão sobre a conduta

profissional, alicerçadas em ações cooperativas e de corresponsabilização, fomentando a criatividade e a autonomia profissional (BRASIL, 2014). A educação permanente em saúde propicia conhecer a realidade que circunda o processo saúde-doença, fator determinante para a reflexão referente à postura que assumirá em relação às ações em saúde (NASI *et al.*, 2015).

Educação em saúde é um instrumento imprescindível no cotidiano profissional, pois as ações na esfera coletiva ou individual são firmadas a partir do diálogo que prima pela escuta qualificada e participativa em que haja a elucidação com relação ao processo de produção do cuidar, rompendo com o paradigma biomédico que suprime a autonomia do cuidado (SALCI *et al.*, 2013).

O estudo realizado por Ferro *et al.* (2014) mostra que os profissionais identificam a articulação como algo necessário em sua prática, mas detectam fragmentação nas discussões de casos, resultando em falhas na troca de informações, fragilizando o cuidado que devia ser integral e contínuo. Promover encontros entre os sujeitos envolvidos permite a mediação do conhecimento e a possibilidade de expansão do modo de cuidar centrado no indivíduo, pois essa aproximação com o mundo subjetivo do sujeito faz com que a conduta terapêutica seja adaptada à sua realidade, deixando a doença em suspensão (ABRAHÃO *et al.*, 2018).

Contudo, na prática cotidiana, o contexto de atuação do Nasf-AB detecta escassez de recursos materiais, que se estendem às diferentes formas de organização dos serviços, prejudicando as relações entre as equipes na pactuação dos atendimentos e dos projetos terapêuticos (LANCMAN *et al.*, 2013).

Fazem-se necessários investimentos voltados às equipes do Nasf-AB, como estruturação de vínculos efetivos, melhoria no processo de trabalho e maior integração entre os serviços, para que a sua proposta de trabalho seja fortalecida e possa responder aos problemas de saúde de forma mais oportuna e adequada.

A atenção básica, mesmo com poucos recursos, vinha se reinventando, procurando se aperfeiçoar em uma perspectiva de integralidade, adotando o modelo interdisciplinar em detrimento ao biomédico. Entretanto, as mudanças do Governo Federal fortalecem o modelo biomédico, com foco em ações individuais, distanciando-se da multidisciplinaridade. O discurso da integralidade perde espaço para a lógica baseada na produtividade e, para assegurar sua efetivação, entra em cena a entidade de direito privado (ADAPS), responsável pela atenção básica. Logo, são mudanças repletas de intenções que se mostram nocivas à sociedade e coloca em risco o SUS. Contudo, apresentam um velho sistema vicioso que não potencializa a atenção básica e causa um impacto negativo na ampliação e na integração dos serviços (MOROSINI; FONSECA; BATISTA, 2020).

O Nasf-AB foi pensado como uma extensão da ESF, ampliando suas ações em uma rotina de compartilhamento entre profissionais de diversas áreas de conhecimento. Contudo, em 2019, houve uma mudança na forma de financiamento da AB, atingindo diretamente o Nasf-AB, pois, a partir da publicação da Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS, os repasses passaram a ser realizados com base na quantidade de pessoas cadastradas na SF ou AP e pelo índice de desempenho que atingirem, e não pela adesão dos municípios à SF e ao Nasf-AB (REIS; MENESES, 2020), obrigando os profissionais que estão na ativa a aguardarem o posicionamento de seus gestores, pois o governo deixa a critério das secretarias de saúde a decisão referente ao modelo de trabalho que vão adotar (MOTA, 2020).

Em outras palavras, não existe interesse, por parte do MS, em incentivar o modelo operado pelo Nasf-AB, cabendo aos gestores municipais a decisão de alterar a vinculação ou mantê-lo em funcionamento, uma vez que o incentivo financeiro destinado ao Nasf-AB deixa de existir. Desse modo, o acesso pela população a profissionais de diversas áreas está incerto (REIS; MENESES, 2020). Portanto, mesmo que a palavra extinção referente ao trabalho multiprofissional não conste na nota técnica, a mudança no financiamento trará, claramente, prejuízo (MOTA, 2020).

Não obstante, em Cajazeiras, a Secretaria de Saúde, ao tomar ciência das mudanças em relação ao financiamento destinado ao Nasf-AB, optou por realocar todos os profissionais enquanto avalia sua viabilidade a partir das alterações.

2.2 Tecnologias na saúde

Historicamente, a desigualdade vem se alastrando entre os brasileiros e, conseqüentemente, espera-se que as políticas públicas sejam aplicadas para reverter esse quadro. A junção de ciência, tecnologia e inovação pressupõe avanços, pois os resultados são divulgados e assimilados em prol da sociedade. São investimentos que procuram atender às necessidades sociais, identificando as dificuldades e procurando superá-las, contribuindo para o crescimento econômico. As inovações tecnológicas ajudam a amenizar as diferenças sociais por gerar espaços de formação e atuação profissional, elevando o ensejo por melhores condições de vida (BRASIL, 2016).

A saúde reflete como as pessoas vivem, é o ponto de partida para estabelecer, direcionar e avaliar as políticas que estão sendo adotadas junto à população (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2012), sendo importante que as carências de saúde sejam incorporadas às inovações (GADELHA; BRAGA, 2016), uma vez que o contexto social ressoa na saúde, pois

quanto maior a pobreza, menores os índices de saúde (VIANNA *et al.*, 2016).

As considerações dos autores Vieira-da-Silva; Silva; Esperidião (2017, p.88) apontam que:

O complexo processo de construção social que resultou na formulação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde (PNCTIS) somente foi iniciado em 1994, com a realização da I Conferência Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde (CNCTS), cujas resoluções, contudo, não foram implementadas. Com a criação do Departamento de Ciência e Tecnologia (Decit), em 2000, e da Secretaria de Ciência, Tecnologia e Inovação (SCTI), em 2003, foi possível realizar uma II CNCTS, na qual ocorreu a aprovação da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (ANPPS) e das diretrizes da PNCTIS.

De fato, o Brasil vem investindo em tecnologia associada à implementação de uma Política Nacional direcionada ao aprimoramento do crescimento da infraestrutura de Produção, Desenvolvimento e Inovação (PDI), além do aumento considerável na linha de financiamento, pesquisas e recursos humanos especializados para o interior, reduzindo as disparidades entre as regiões. Os Institutos Nacionais de Ciência e Tecnologia em Saúde (INCTs) conduzem a aplicação da Ciência, Tecnologia e Inovação (CTI), progresso gerado por meio das pesquisas e do conhecimento, cujos resultados se transfiguram em inovação compartilhada com a sociedade, setor privado e União (BRASIL, 2016).

A inovação chama atenção do mercado, mas precisa de uma base de apoio que sirva de sustentação para o seu crescimento, propiciando estrutura, injetando estímulos por meio de políticas públicas, criando um canal de proximidade com os sujeitos que fazem parte do mercado. Todavia, essa base advém dos sistemas de inovação, espaço de articulação entre as esferas pública e privada. Contudo, o Sistema Nacional de Inovação (SNI) atua com parceria entre o Governo Federal, universidades e empresas, sendo composto por políticas públicas voltadas ao incentivo de empresas com foco tecnológico. Logo, essa articulação contribui para o crescimento desse segmento (PANISSON; WILLERDING; LAPOLLI, 2018).

As instituições de vários segmentos discutem sobre tecnologia, inovação, expansão e sobrevivência no mercado. Além disso, a sociedade também participa dessa discussão, reconhecendo sua relevância atrelada à qualidade de vida. São inovações que procuram assegurar, em uma gama de segmentos, as necessidades das pessoas (LORENZETTI *et al.*, 2012). Ao buscar tecnologias efetivas e com credibilidade para agregar a Política Nacional de Gestão e Tecnologia em Saúde (PNGTS), o Brasil faz com que os investidores passem a procurar atender às demandas em saúde da sociedade e a Política Nacional em Saúde (PNS) (SILVA; PETRAMALE; ELIAS, 2012). O estudo de Andrade *et al.* (2015) mostra que PNCTIS vem apresentando bons resultados no decorrer de 10 anos de implantação.

Entretanto, o sistema de saúde precisa que se tenha uma equipe especializada responsável pelas políticas de saúde no âmbito nacional, uma vez que a universalidade da saúde implica uma atenção maior no âmbito das políticas implementadas. O poder público tem que lidar com o direito universal à saúde, associado a um sistema financeiro escasso que não consegue acompanhar as demandas em saúde da população, sendo desafiador contornar as dificuldades no âmbito da política do SUS, ou seja, comungar o fomento tecnológico aos interesses dos sistemas de inovação e das demandas sociais (GADELHA; BRAGA, 2016).

Panisson, Willerding e Lapolli (2018) destacam que o Brasil conta com um sistema de Ciência e Tecnologia que ainda não atingiu o patamar de sistema de inovação, pois o impasse consiste na insuficiência de informações para avaliar a real situação nessa área. Logo, passa a fazer parte de um grupo de países que tendem a ter certa dificuldade em manter o setor produtivo e técnico-científico em sintonia, prejudicando o avanço das inovações, sendo insuficiente no quesito de contribuição ao fomento econômico.

Entretanto, de acordo com Gadelha e Braga (2016), a capacidade de produção do país precisa de um suporte de inovação. Essa carência implica sujeição no âmbito externo do CEIS. É preciso contornar essa situação para não criar uma lacuna ainda maior no cenário industrial em relação à tecnologia e, conseqüentemente, provocar um desequilíbrio que levaria à redução da produção e aumentaria as importações e as despesas na esfera da saúde, chegando ao ponto de não dispor de recurso para investir no fomento de políticas públicas para assegurar a universalidade da saúde.

2.3 Aplicativo viabilizando o projeto terapêutico singular

O processo de trabalho configura um espaço que circunda as tecnologias que auxiliam na produção de saúde, elaboradas a partir das necessidades identificadas dos usuários, como forma de integralizar o cuidado (MERHY; FRANCO, 2003). As tecnologias associadas ao conhecimento pressupõem a potencialização das condutas em saúde (LOBATO, 2012), auxilia a prática profissional quanto ao registro das informações produzidas no ambiente de trabalho, recursos que ajudam a identificar as adversidades em um contexto individual ou coletivo (BRASIL, 2016).

Merhy e Franco (2003) tratam as tecnologias em saúde de forma abrangente, mediante análise de todo o processo produtivo, classificando-as em leve, leve-dura e dura. As tecnologias leves oportunizam o fortalecimento de vínculo entre os envolvidos na teia do cuidar (ALMEIDA; FÓFANO, 2016). São instrumentos relacionais que potencializam o

cuidado, pois passam pelo compromisso com o usuário (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013) e possibilitam alargar a comunicação, favorecendo a qualidade e a continuidade dos serviços prestados em saúde (THOFEHRN *et al.*, 2014), pactuando com a corresponsabilidade no ato de cuidar (SANTOS; NERY; MATUMOTO, 2013). Já as tecnologias leve-duras configuram saberes utilizados na prática dos profissionais em saúde, tornando as intervenções mais resolutivas (BUSANELLO *et al.*, 2013).

As tecnologias duras são instrumentos inanimados utilizados nos procedimentos pelos profissionais de saúde (MERHY; FRANCO, 2003), ressaltando-se, porém, a carência na esfera profissional em lidar com inovações tecnológicas e a desumanização da assistência ocasionada pelo distanciamento em decorrência das inovações adicionadas ao processo de trabalho. Logo, o revés consiste em acompanhar as inovações sem negligenciar aspectos humanitários inerentes à prática profissional (SALVADOR *et al.*, 2012). Todavia, evidencia-se a necessidade de adaptar os profissionais de saúde a instrumentos tecnológicos que vão servir de reforço para sua prática, efetivando o ato de cuidar (MOREIRA *et al.*, 2018).

O PTS é uma tecnologia leve do cuidado, fundamental para a integralidade do cuidado, uma vez que estrutura o trabalho e propicia relacionar o adoecimento a uma série de eventos do cotidiano de cada indivíduo, com ações planejadas, moldadas a partir da realidade do sujeito (KINOSHITA, 2014). É um canal de interação entre todos que participam. A troca de conhecimento assegura entender o ambiente de forma conjunta, permitindo modificar os entraves na realidade do indivíduo (MIRANDA; COELHO; MORÉ, 2012).

O PST exprime condutas que visam identificar a vulnerabilidade em determinada área e, conseqüentemente, buscar parcerias para minimizar os riscos à saúde dos moradores. São intervenções focadas na produção de saúde e redução de risco no território, pautadas na coprodução entre os atores envolvidos no arranjo do cuidar (VERDI; FREITAS; SOUZA, 2012).

A construção do PTS abrange quatro momentos distintos, sendo o **diagnóstico** subdividido em **dimensões orgânicas, psicológicas e sociais**. Tais elementos classificam o grau de complexidade da situação, sendo fundamental identificar as **definições de metas**, que são ações terapêuticas ofertadas em curto, médio e longo prazos. No tocante à **divisão de responsabilidades**, é o momento em que se definem as funções de todos os participantes. Por conseguinte, com o andamento do projeto, é preciso que se faça uma **reavaliação**, momento em que se analisa a efetividade das intervenções (BRASIL, 2010).

Contudo, o PTS altera a forma de cuidar e torna o processo de trabalho resolutivo, assegurando um cuidado humanizado (SILVA *et al.*, 2016), uma vez que inova

por conduzir o empoderamento em saúde, criando e recriando condutas terapêuticas que vedam as fendas que tornam a dinâmica de trabalho falha. Cabe aos sujeitos envolvidos analisar criticamente todo e qualquer procedimento que foge à realidade que circunda o usuário (CARVALHO *et al.*, 2012).

A conexão do alinhamento de cuidado beneficia a implementação do PTS, pautado em propostas de condutas terapêuticas articuladas, porém existe uma grande dificuldade que rodeia sua construção, haja vista os encontros truncados pela ausência de articulação e comunicação entre a rede de serviços, ponderado pela falta de capacitação e clareza quanto às atribuições das equipes (HORI; NASCIMENTO, 2014).

No intuito de contribuir para que haja a melhoria da integração dos serviços e, conseqüentemente, melhoria do cuidado, este estudo se propôs a construir uma tecnologia do cuidado, em forma de aplicativo para facilitar e viabilizar a construção do PTS pelas equipes do Nasf e AB.

Os aplicativos, também conhecidos como *apps* – do inglês *application*, são conceituados como um conjunto de ferramentas desenhadas para realizar tarefas e trabalhos específicos, com o intuito de facilitar o acesso das pessoas à informação e ao conhecimento, de qualquer lugar e em qualquer horário. Por essas características, essas ferramentas tecnológicas podem ser utilizadas para a otimização dos resultados e a redução dos riscos em saúde (BARRA *et al.*, 2017).

Uma vantagem do uso de aplicativos pela saúde é a possibilidade de ter informações facilmente acessíveis e utilizáveis, além de alcançarem diferentes segmentos da população, sendo uma fonte adicional de informação.

Revisão integrativa da literatura mostrou que, cada vez mais, o aplicativo tem sido incorporado à vivência de trabalho dos serviços de saúde, em diferentes áreas. Evidenciou-se a seguinte distribuição: oncologia (hospitalar, domiciliar e auditoria) – 19%; doenças respiratórias (asma/adolescente e cuidado domiciliar) – 14,3%; Atenção Primária à Saúde (promoção à saúde, doenças crônicas e doenças cardiovasculares) – 14,3%; geriatria – 9,5%; pediatria (cuidados paliativos e cuidados ao recém-nascido) – 9,5%; cuidados críticos (adulto e neonatal) – 9,5%; doença renal (hemodiálise) – 4,8%; doença metabólica (obesidade) – 4,8%; saúde mental (depressão) – 4,8%; recuperação pós-operatória – 4,8% e nutrição (parenteral) – 4,8% (BARRA *et al.*, 2017).

Diante disso, nota-se que os aplicativos contribuem para o cuidado em saúde, proporcionando maior agilidade e precisão em diversas intervenções, como monitoramento remoto, apoio ao diagnóstico e à tomada de decisão.

CAPÍTULO 3

3 MÉTODO

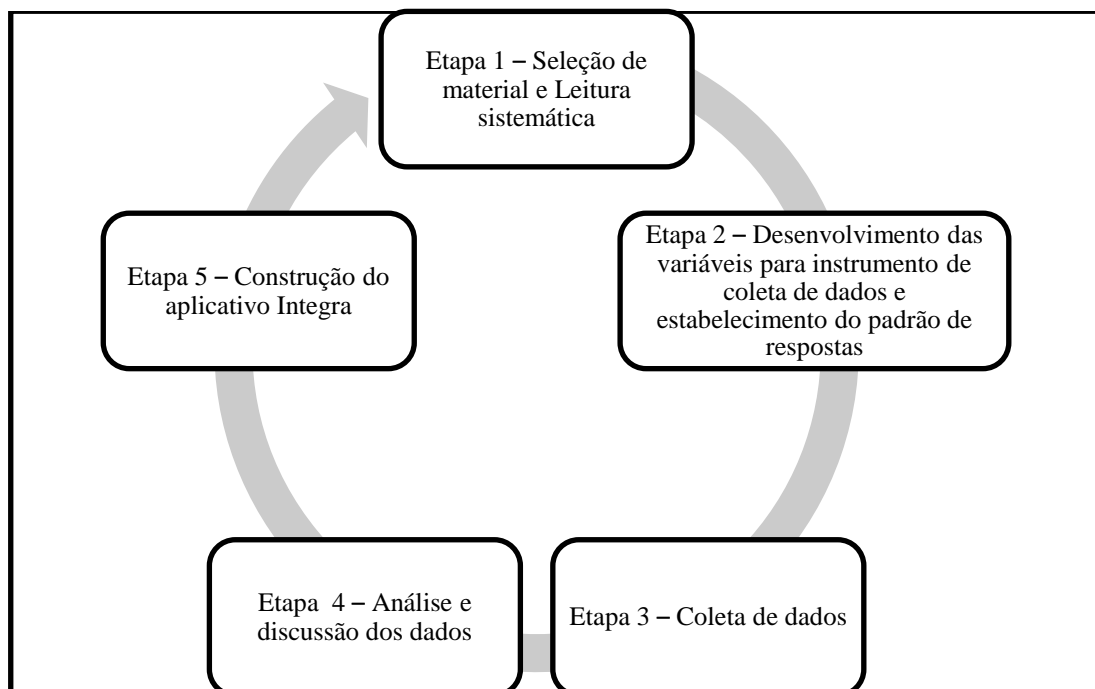
3.1 Tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa metodológica, de abordagem quantitativa, que circunda a inquirição de técnicas para obtenção e ordenação das informações de pesquisas rigorosas. A pesquisa metodológica apresenta como desenho de estudo a construção de instrumentos e métodos destinados a incentivar a solução de problemas metodológicos (POLIT; BECK, 2011). Os estudos quantitativos significam quantificar opiniões e dados nas formas de coleta de informações, assim como o emprego de recursos e técnicas estatísticas desde as mais simples, até as de uso mais complexo (GIL, 2010).

3.2 Fases para a construção da tecnologia

Para a construção do aplicativo, seguiram-se as etapas conforme a Figura 1.

Figura 1 – Etapas referentes à construção da tecnologia



Fonte: Produção do próprio autor.

Etapa 1 – Seleção de Material e Leitura Sistemática

Nesta etapa, realizou-se uma busca por evidências científicas na literatura, considerando-se os seguintes descritores - Assistência Integral à Saúde; Gestão em Saúde; Atenção Primária à Saúde; Projeto Terapêutico Singular; Tecnologia de Informação. Esse levantamento possibilitou a seleção de estudos que proporcionaram uma maior aproximação com a temática e forneceram embasamento científico que compuseram base para a elaboração do instrumento de coleta de dados, quadro teórico e, posteriormente, construção da tecnologia.

Etapa 2 – Desenvolvimento das Variáveis para Instrumento de Coleta de Dados e Estabelecimento do Padrão de Respostas

De acordo com Marconi e Lakatos (2011), o instrumento de pesquisa deverá ser o mais adequado para o objetivo proposto. Para este estudo, foi utilizado um instrumento semiestruturado (formulário) (Apêndice B), com vistas a alcançar a aquisição de informações que contemplem os objetivos propostos e possam, assim, responder aos questionamentos da presente pesquisa. Importante considerar que foi elaborado um instrumento, direcionado aos profissionais atuantes na ESF e no Nasf-AB, que subsidiou a construção do aplicativo. O formulário foi elaborado com base no Caderno de Atenção Domiciliar Volume II (2012), no estudo de Carvalho *et al.* (2012) e no Manual de Clínica Ampliada, Equipe de Referência e Projeto Terapêutica Singular (2008).

O formulário traz o padrão de pontuação das respostas, servindo de base para a análise quantitativa. A definição dos níveis de pontuação adotados durante o processo de avaliação seguiu o proposto por Tannure (2012). Para cada item componente do questionário, constam afirmações avaliadas por meio de escala do tipo *Likert* de cinco pontos. Cada item analisado pelos profissionais recebeu uma classificação que poderia variar entre “nem um pouco apropriada” até “completamente apropriada”, como exposto no Quadro 1. Como também possibilitou ao participante opinar em cada quesito, realizando recomendações que julgasse necessárias.

Quadro 1 – Escala de Likert para avaliar os atributos de qualidade das variáveis do aplicativo.
Cajazeiras, 2019

CLASSIFICAÇÃO	DEFINIÇÃO	PONTOS
Nem um pouco apropriada	Não apropriada, não adaptada, não correspondendo em nada ao objetivo proposto.	1
Um pouco apropriada	Até 39% apropriada, adaptada, correspondendo muito pouco ao objetivo proposto.	2
Moderadamente apropriada	De 40 a 69% apropriada, adaptada, correspondendo moderadamente ao objetivo proposto.	3
Muito apropriada	De 70 a 99% apropriada, adaptada, correspondendo intensamente ao objetivo proposto.	4
Completamente apropriada	100% apropriada, adaptada, correspondendo perfeitamente ao objetivo proposto.	5

Fonte: Adaptado de Tannure (2012).

Etapa 3 – Coleta de Dados

✓ Local da pesquisa

A pesquisa foi realizada no município de Cajazeiras, situado na região oeste do Estado da Paraíba. De acordo com a Nota Técnica do Departamento da Atenção Básica, que toma por base as informações do *Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB)*, instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013, a população de Cajazeiras é de 61.816 habitantes, com uma densidade demográfica de 105 hab./km². O município conta com uma cobertura de 100% da Atenção Básica, considerando a Estratégia Saúde da Família a partir da atuação de 23 Unidades de Saúde da Família com incremento de 3 Nasf tipo I.

✓ População e amostra

A população do estudo é composta por todos os profissionais que fazem parte dos serviços de AB (23 enfermeiros, 20 dentistas, 130 Agentes Comunitários de Saúde, 26 técnicos de enfermagem e 13 médicos) e por todos os profissionais atuantes no Nasf-AB, excluindo-se a pesquisadora, que é Assistente Social e faz parte do Nasf-AB, para que não haja conflitos de interesse (06 fisioterapeutas, 01 nutricionista, 01 assistente social, 01 psicólogo e 01 profissional de educação física), totalizando 222 profissionais.

O cálculo da amostra ocorreu em duas etapas: aleatória simples, com correção para o tamanho da população, e partilha proporcional. Foi considerado erro amostral de 0,05,

intervalo de confiança de 95% e P (proporção populacional) de 50%, uma vez que não se conhece nesta população a proporção verdadeira dos parâmetros que serão estimados, culminando em n=143. No processo de amostragem por partilha proporcional à categoria profissional, obteve-se a soma de: 14 enfermeiros, 8 médicos, 13 dentistas, 84 ACS, 16 técnicos de enfermagem, 04 fisioterapeutas, 01 assistente social, 01 nutricionista, 01 psicólogo e 01 profissional de educação física, totalizando uma **amostra final** de 143 profissionais.

Para a seleção dos sujeitos que participaram, houve o sorteio das equipes de saúde da família e equipes Nasf-AB. Caso o serviço sorteado não completasse o número necessário de entrevistados, seria realizado um novo sorteio até que o número de profissionais previsto no cálculo da amostra fosse atingido.

Foram excluídos do estudo aqueles profissionais que trabalhavam em mais de uma equipe no município no momento da coleta de dados, no intuito de eliminar as duplicações, para não superestimar a amostra, bem como os que se recusaram a participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram incluídos no estudo profissionais atuantes na prática que não estavam afastados de suas funções por quaisquer motivos e que se dispuseram a participar da pesquisa.

✓ **Procedimento para a coleta de dados**

Após anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, via Plataforma Brasil. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com os participantes do estudo, previamente agendada, via telefone ou pessoalmente, de junho a julho de 2019, utilizando-se um instrumento semiestruturado (formulário), contendo informações pertinentes ao objeto de estudo.

As entrevistas foram realizadas individualmente nos serviços de saúde, em local reservado, de acordo com a disponibilidade dos profissionais. Todavia, procurou-se deixar os entrevistados à vontade durante a conversa. As respostas obtidas subsidiaram a construção das variáveis que integram o aplicativo que viabilizará a elaboração do PTS pelos profissionais. Todos os participantes afirmaram sua participação mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ressalta-se que todos foram convidados pessoalmente a participar da entrevista, momento que permitiu explicar detalhadamente a intenção do estudo e deixar clara a garantia do anonimato, deixando-se claro que o

respondente poderia desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem explicações prévias.

✓ Aspectos éticos da pesquisa

O estudo atende aos requisitos do Conselho Nacional de Saúde para pesquisas envolvendo seres humanos, pela resolução CNS N° 466/2012 que assegurou respeito e autonomia aos indivíduos participantes, garantindo sua vontade de contribuição ou não, por intermédio do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) (BRASIL, 2012).

Ressalta-se que este trabalho foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança e aprovado sob n° de Protocolo CEP: 32/2019 e CAAE: 12895619.5.0000.5179.

Etapa 4 – Análise e Discussão dos Dados

Os dados foram analisados a partir da estatística descritiva, utilizando o programa *Statistica da Stat Soft*. As respostas foram analisadas de forma quantitativa, mediante Escala Likert, por meio dos itens do instrumento que abordaram blocos de análise com opções de resposta em cinco níveis. Foi realizada a média das respostas obtidas em cada item, as quais receberam a classificação de acordo com o julgamento proposto, como nem um pouco apropriada, um pouco apropriada, moderadamente apropriada, muito apropriada e completamente apropriada.

Os resultados subsidiaram a construção do aplicativo que traz, além da estrutura para elaboração do PTS, informações importantes sobre essa estratégia, visando qualificar cada vez mais os profissionais e usuários para a elaboração de um PTS eficiente e com clareza de propósito.

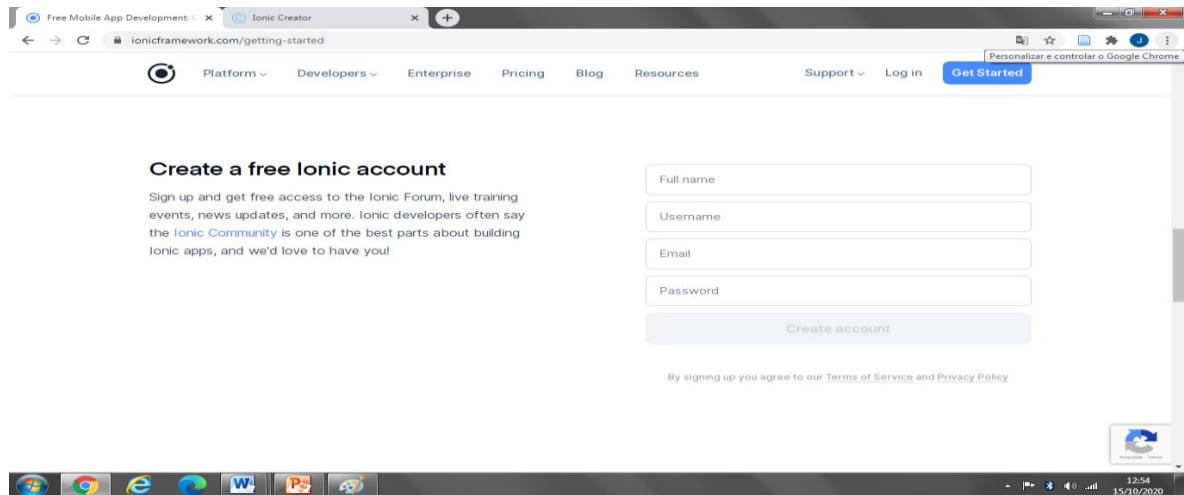
Etapa 5 – Construção do Aplicativo

A partir dos dados coletados na pesquisa descritiva, foram predefinidas as funcionalidades do aplicativo, considerando em sua elaboração a possibilidade de potencializar os resultados positivos e amenizar os pontos que apresentaram fragilidade. Para criar a interface do aplicativo foi necessário seguir as etapas aludidas nas figuras abaixo:

✓ 1ª etapa

Criar uma conta gratuita na plataforma do *Ionic Framework* por meio do site <http://siteionicframework/getting-started>, para acessar a página do Ionic Creator (Figura 2).

Figura 2 – Tela com a página para criação de conta

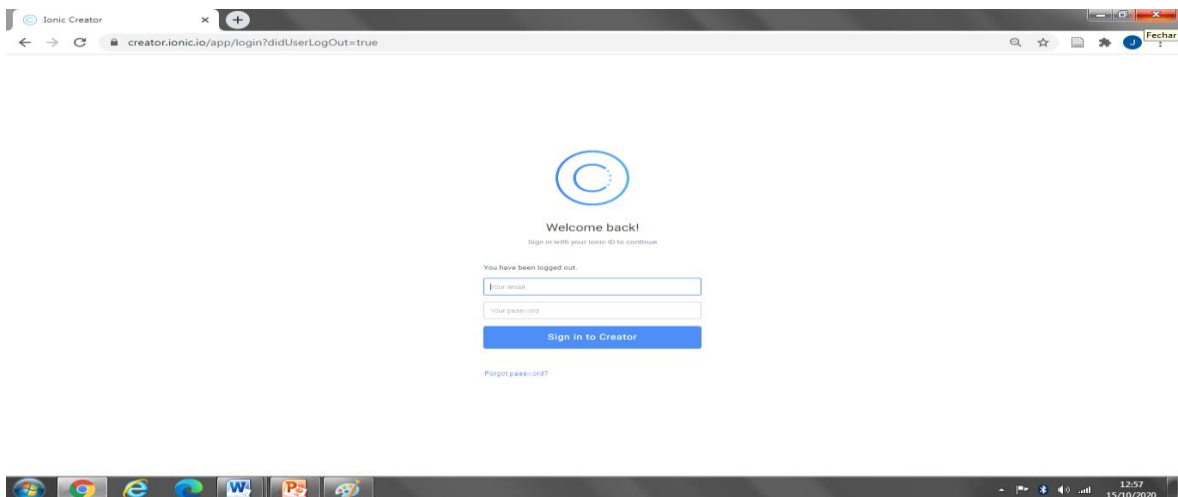


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 2ª etapa

Com os dados da conta *Ionic Framework* foi possível ter acesso ao painel de interface da ferramenta *Ionic Creator*, por meio do login no site <http://creator.ionic.io/app/login> (Figura 3).

Figura 3 – Tela com página de login do Ionic Creator.

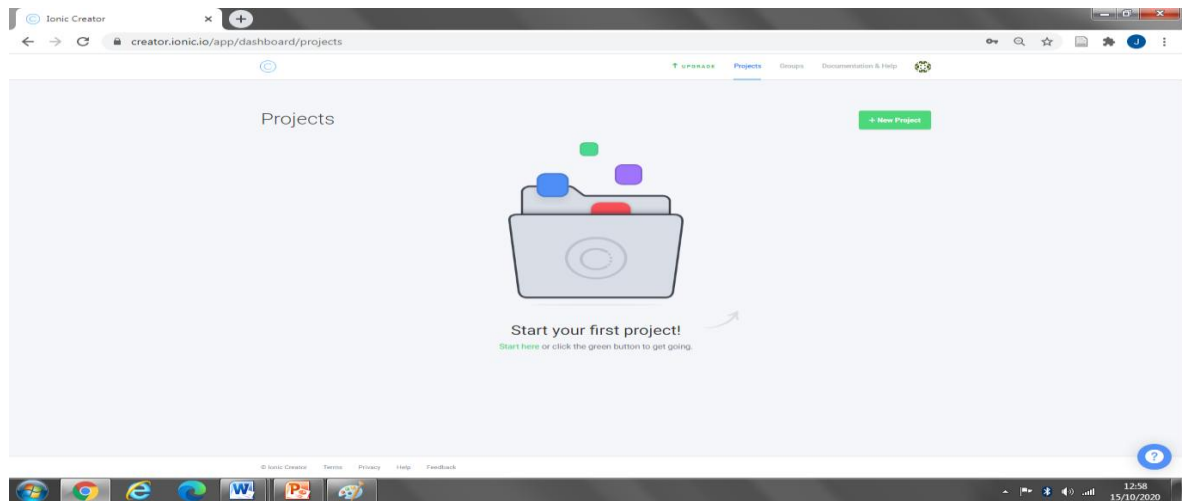


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 3ª etapa

Após logado na ferramenta Ionic Creator foi selecionada a opção “*new project*” para iniciar novos projetos na área de *templates* (Figura 4).

Figura 4 – Tela inicial do Ionic Creator

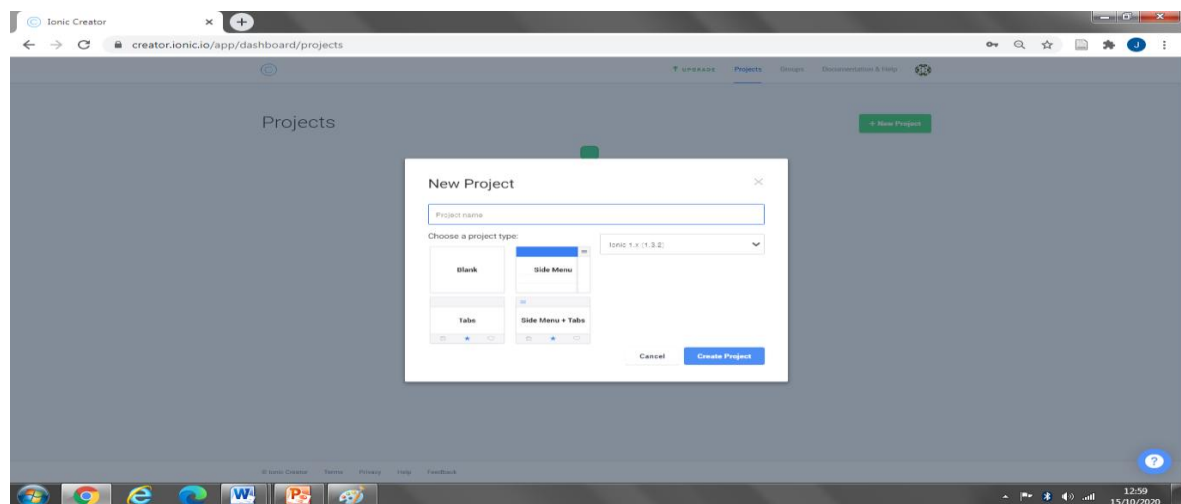


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 4ª etapa

Na área de *templates new Project*, foi selecionado o modelo *blank* para o desenvolvimento do projeto a partir de uma tela inicial (Figura 5).

Figura 5 – Tela para seleção de tipos de projeto

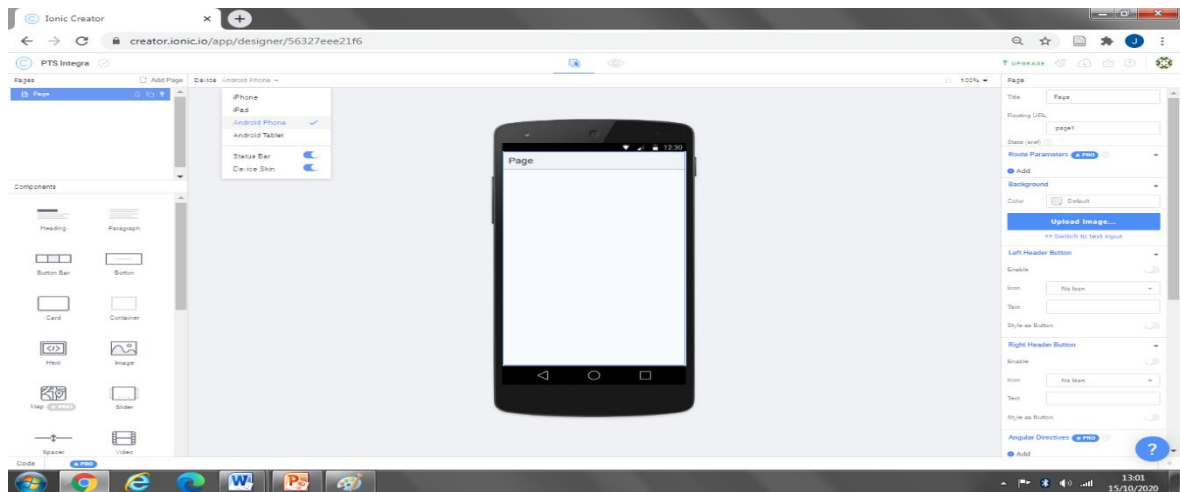


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 5ª etapa

Na parte central do painel, mais especificamente no topo da tela foi selecionado o dispositivo *android phone* para adaptação operacional do aplicativo (Figura 6).

Figura 6 – Tela de escolha do dispositivo

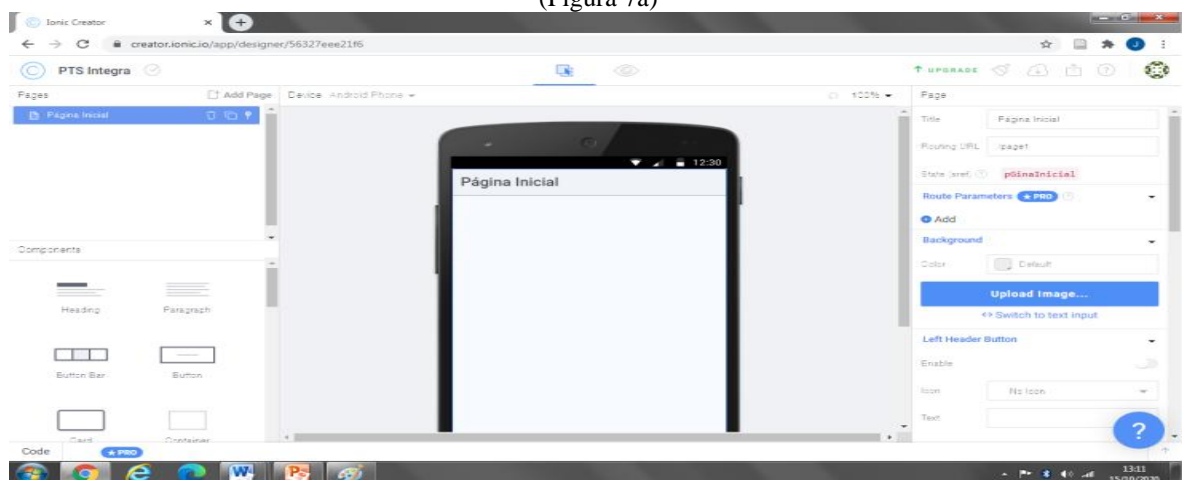


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 6ª etapa

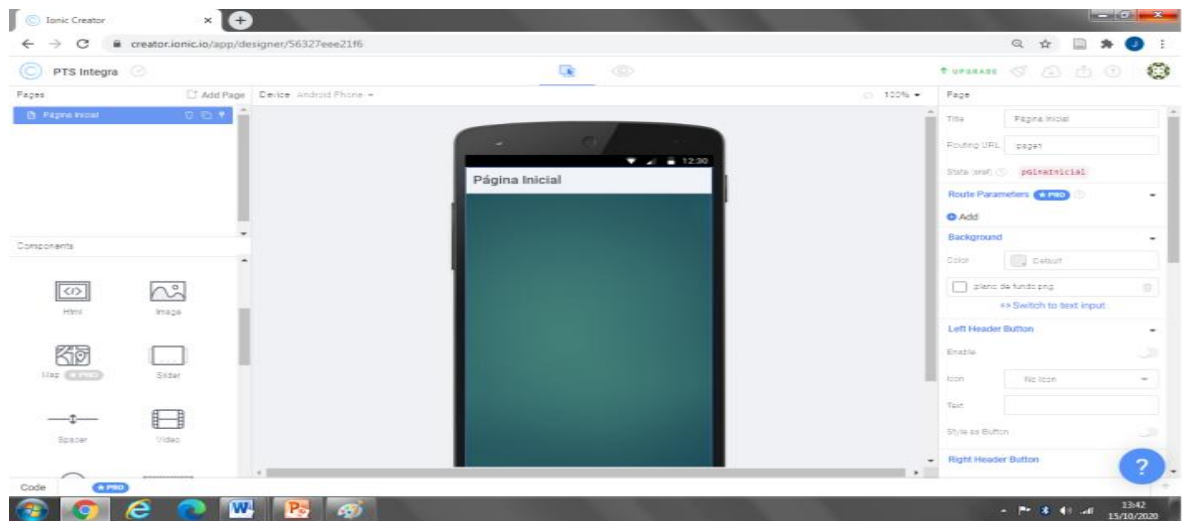
No lado direito da tela, na barra de propriedades dos componentes foi inserida na opção “*title*”, a nomeação da página inicial (Figura 7a), e, em seguida, selecionado o botão *upload image*, no campo “*Background*” para inserção de um pano de fundo ao *template* (Figura 7b).

Figura 7 – Tela de nomeação de página
(Figura 7a)



Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 7b)

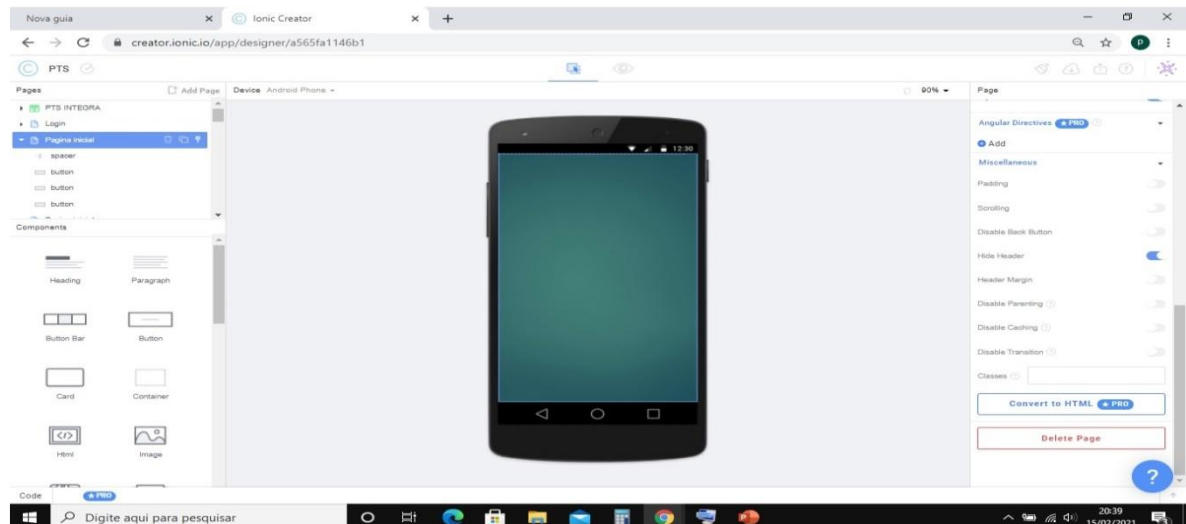


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 7ª etapa

No lado direito da tela na propriedade *miscellaneous* foi ativado o campo *hide header* para ocultar o título da página inicial (Figura 8).

Figura 8 – Tela para ocultar cabeçalho



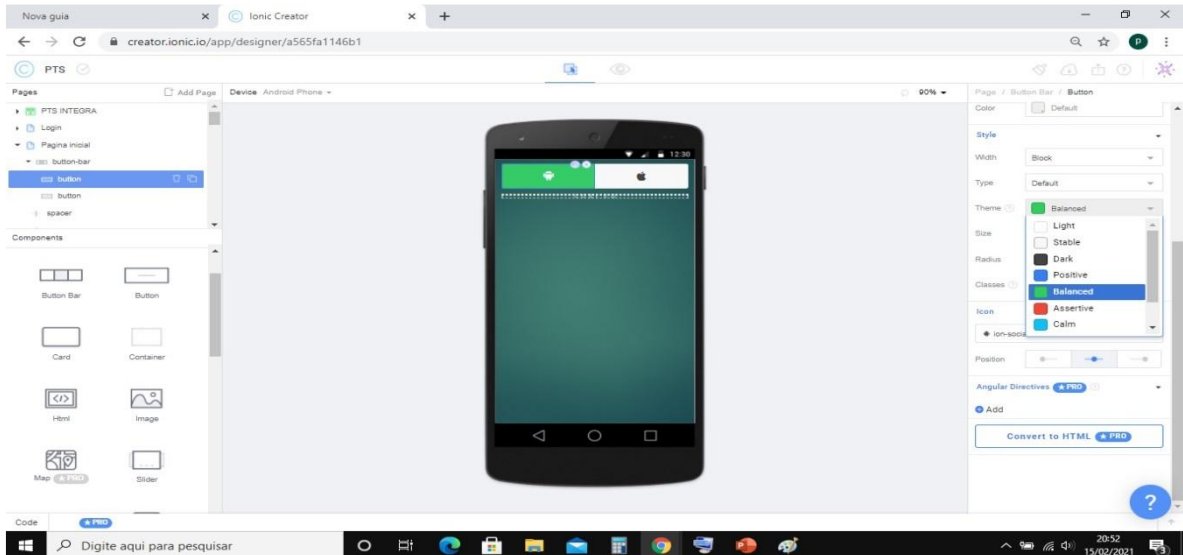
Fonte: produção do próprio autor.

✓ 8ª etapa

Foi utilizado o componente *button-bar* para adicionar barra com ícones dos sistemas operacionais compatíveis na parte superior da tela, destacando a possibilidade de aplicação em

multiplataformas. Logo, na edição do referido componente, foram utilizadas as propriedades *style* para inserção dos temas “Balanced e Stable”, e ícon (*ion-social-android* e *ion-social-apple*), todos em posição centralizada (Figura 9).

Figura 9 – Tela de inserção botões

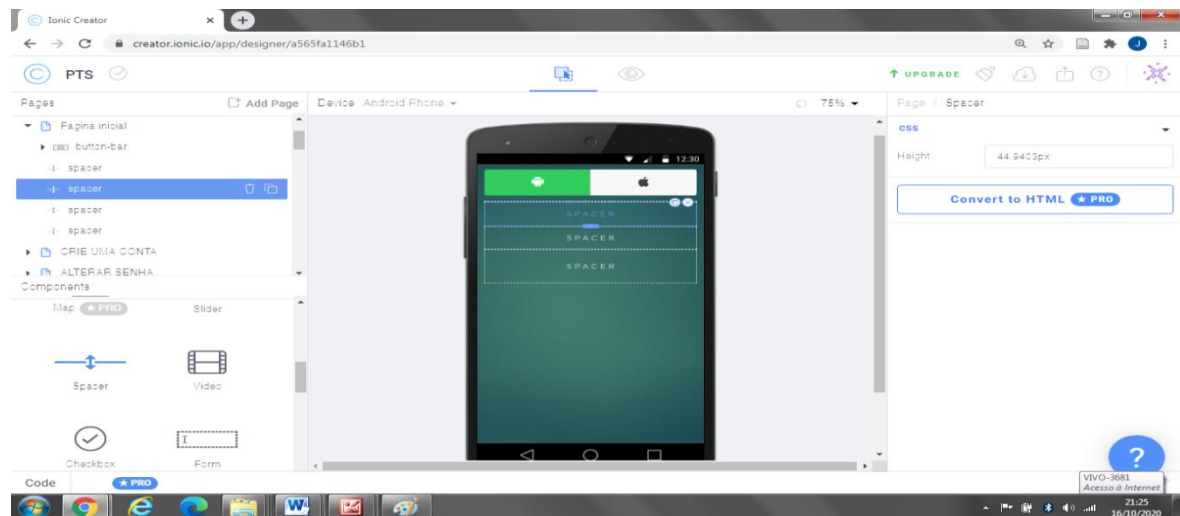


Fonte: produção do próprio autor.

✓ 9ª etapa

Nesta etapa, foi inserido o componente *spacer* para a organização dos elementos na tela (Figura 10).

Figura 10 – Tela de inserção de espaço

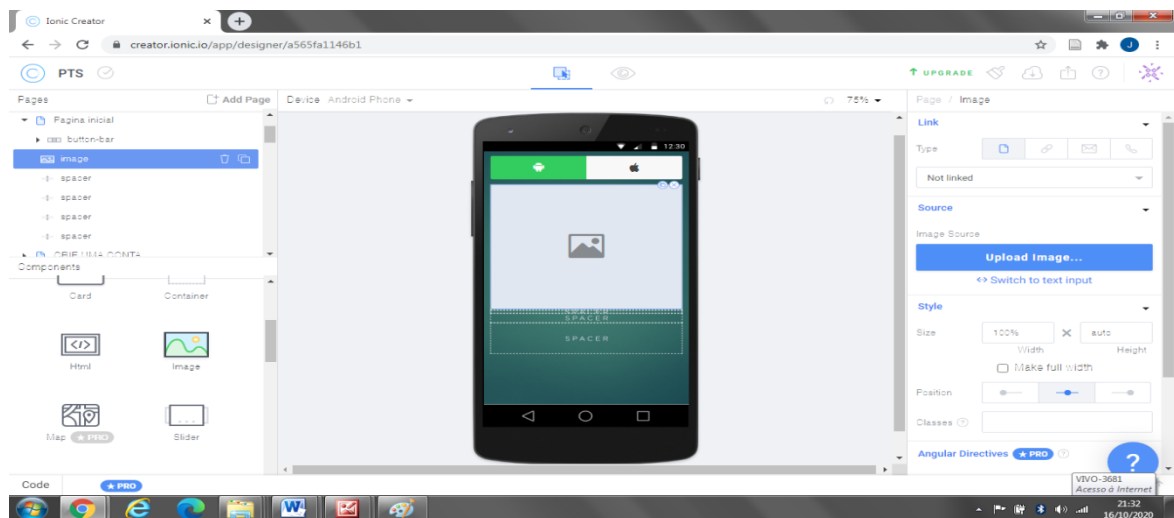


Fonte: produção do próprio autor.

✓ Etapa 10

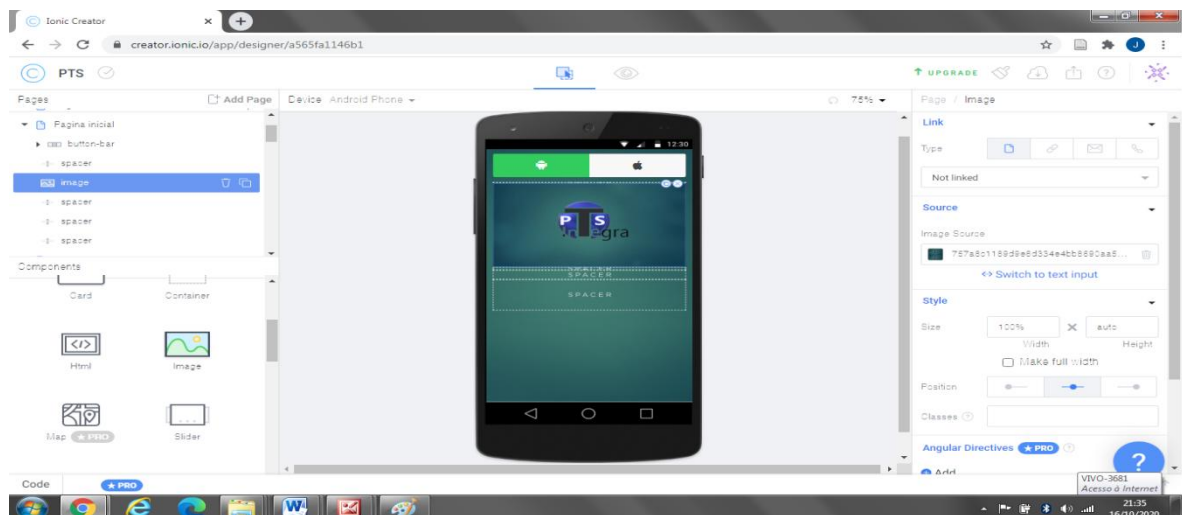
Para inserir o logo do aplicativo foi selecionado na lateral esquerda da tela, o componente *image* (Figura 11a), e na lateral direita, especificamente na propriedade *source*, foi realizado *upload* de figura da logo em formato *gif*, desenvolvida por meio do *software Photoshop* e selecionada a partir do arquivo “meu computador” (Figura 11b).

Figura 11 – Tela de inserção de log
(Figura 11a)



Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 11b)

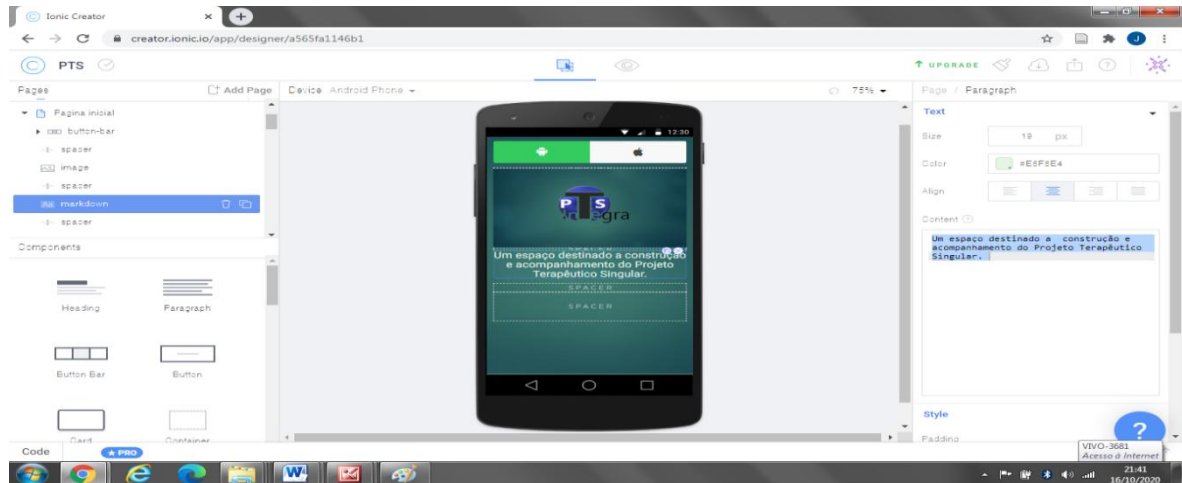


Fonte: produção do próprio autor.

✓ Etapa 11

Na sequência inseriu-se o componente parágrafo, e, na propriedade *content*, foi redigido um breve texto explicativo sobre a finalidade do aplicativo (Figura 12).

Figura 12 – Tela de inserção de figura

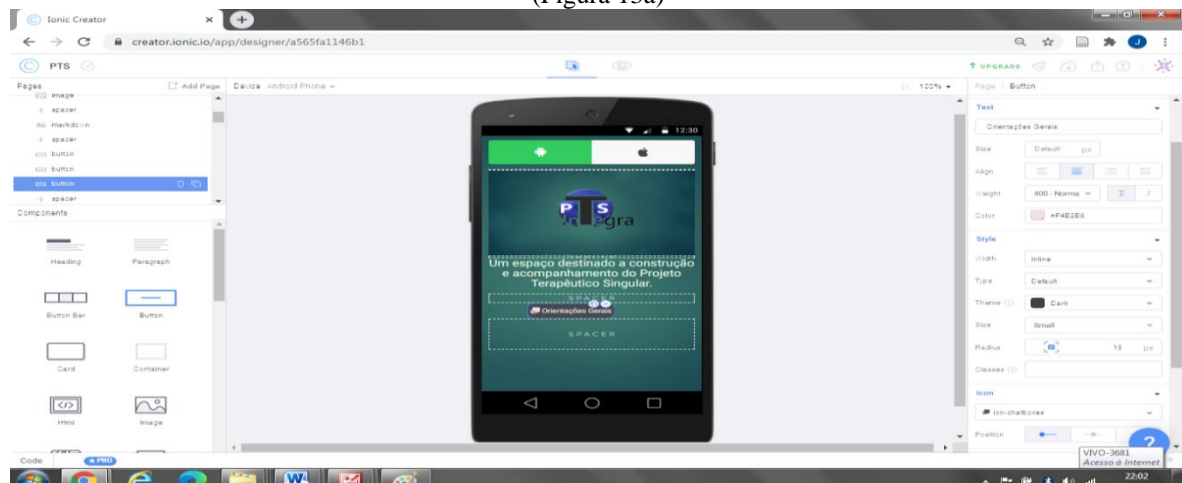


Fonte: produção do próprio autor.

✓ Etapa 12

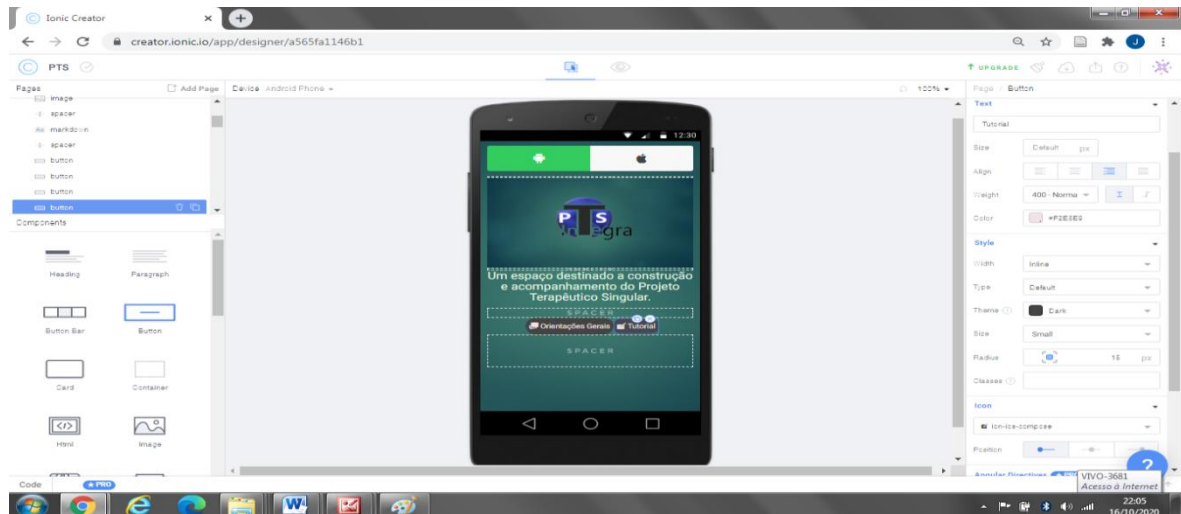
Ainda na página inicial do *app*, foram inseridos três componentes *bottons* referentes às orientações gerais (Figura 13a), tutorial (Figura 13b) e entrar (Figura 13c). Na edição dos referidos componentes, foram utilizadas as propriedades *text* (nomear buttons), *style* e *icon*. No mais, a última propriedade não foi utilizada na (Figura 13c).

Figura 13 – Tela de inserção de botões
(Figura 13a)



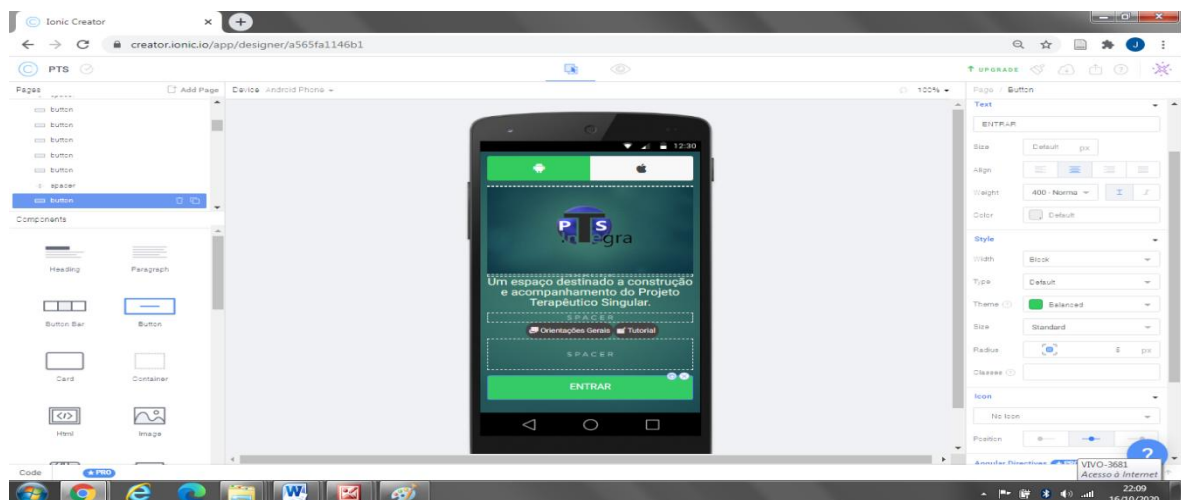
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 13b)



Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 13c)

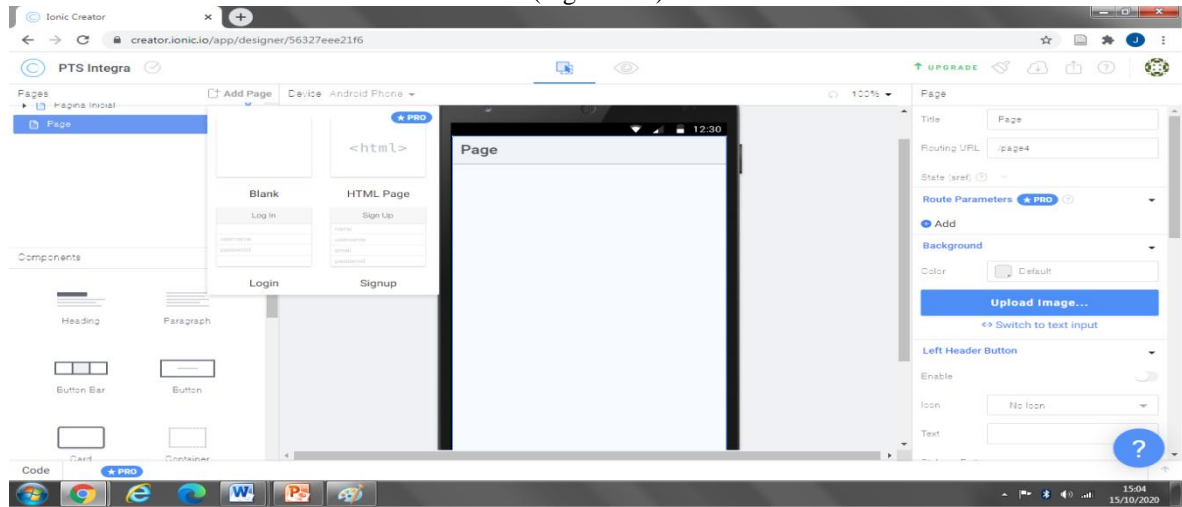


Fonte: produção do próprio autor.

✓ Etapa 13

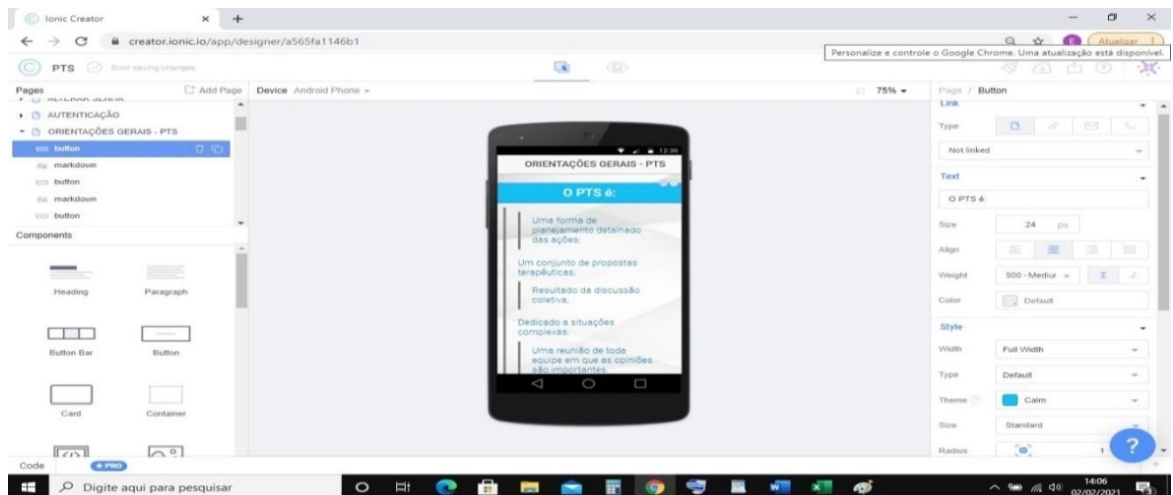
Para criação da página referente às orientações gerais foi selecionada no canto superior esquerdo, a opção *add page* e escolhido novamente um modelo *Blank* como tipo de página (Figura 14a). Para formatação e produção das páginas seguintes, utilizou-se a adição dos componentes: *button bar*, *markdown*, *spacer* (Figura 14b, c, d); *heading*, *search*, e *button* (Figura 14f); além de opções como *forms* e *checkbox* (Figura 14g).

Figura 14 – Tela de inserção de página com adição de componentes
(Figura 14a)



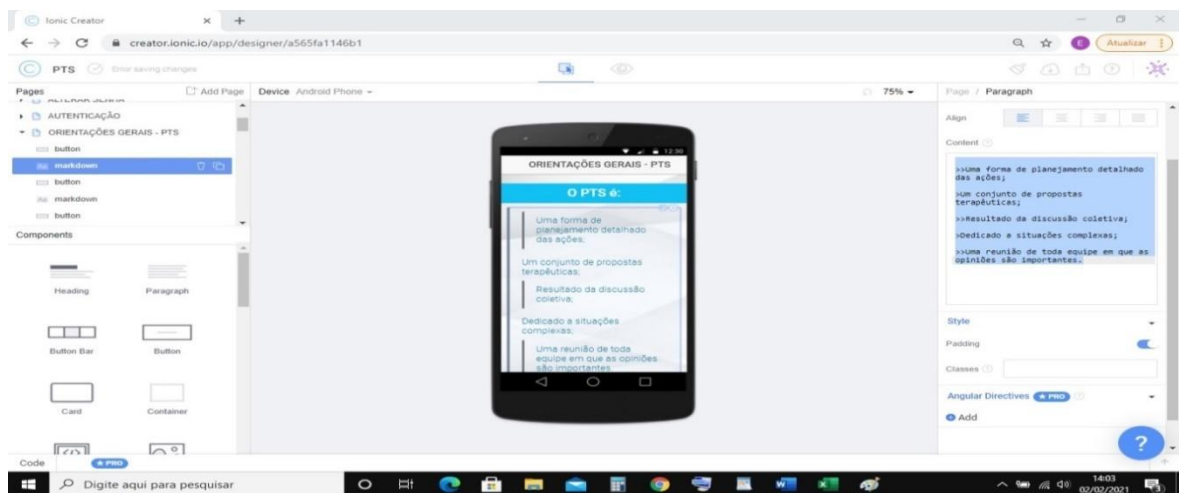
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14b)



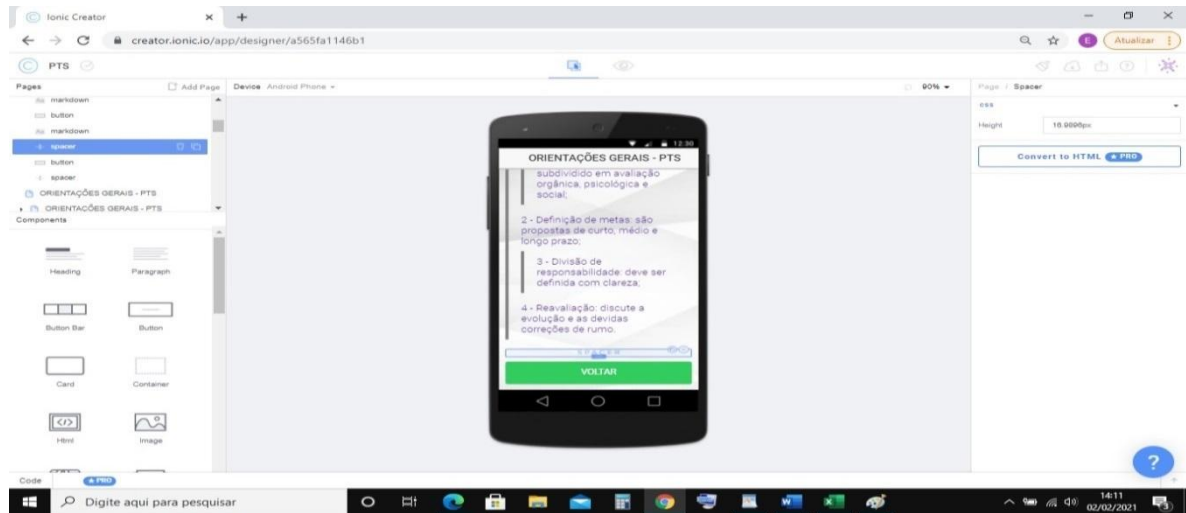
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14c)



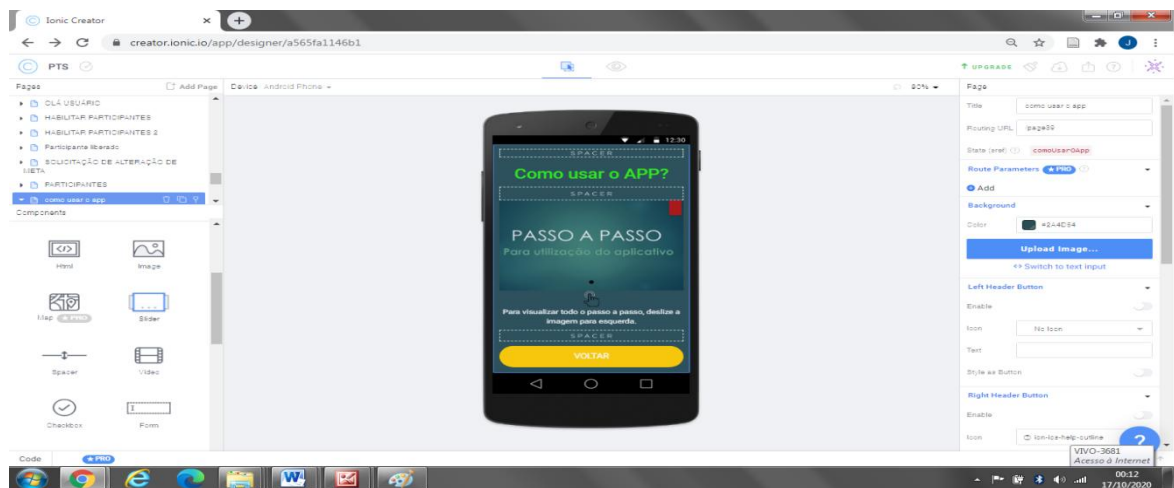
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14d)



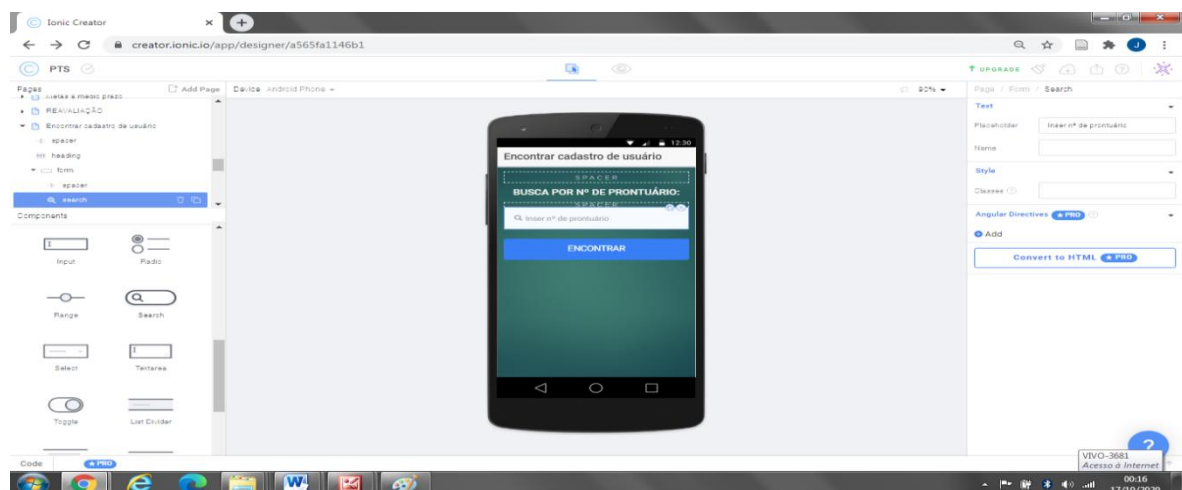
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14e)



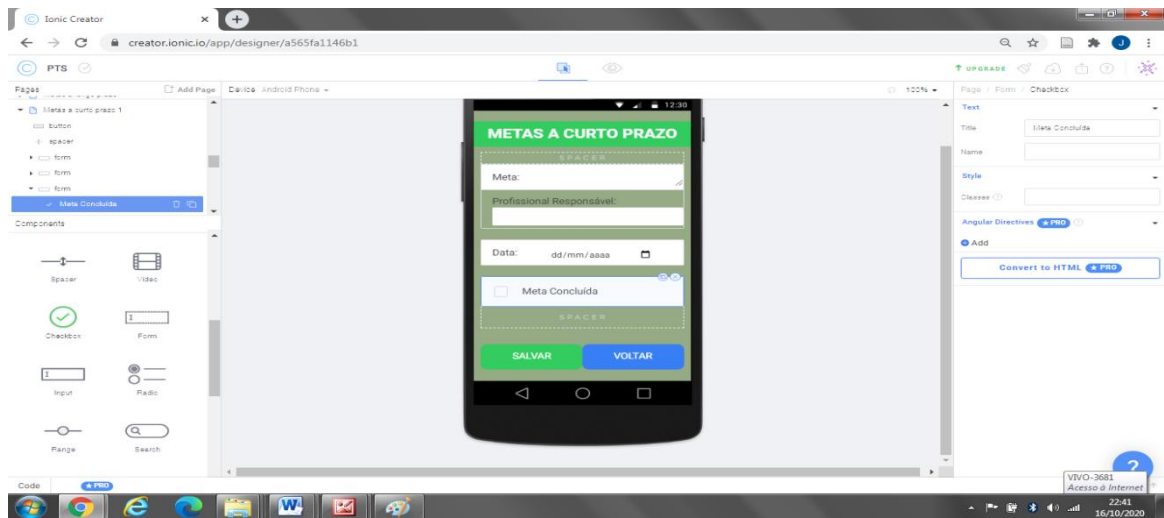
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14f)



Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 14g)

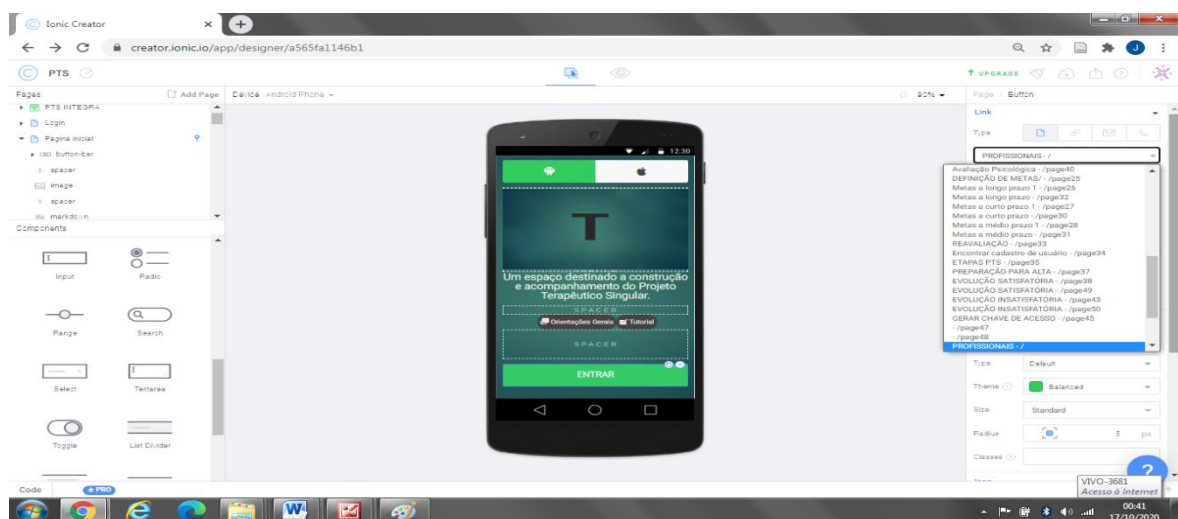


Fonte: produção do próprio autor.

✓ Etapa 14

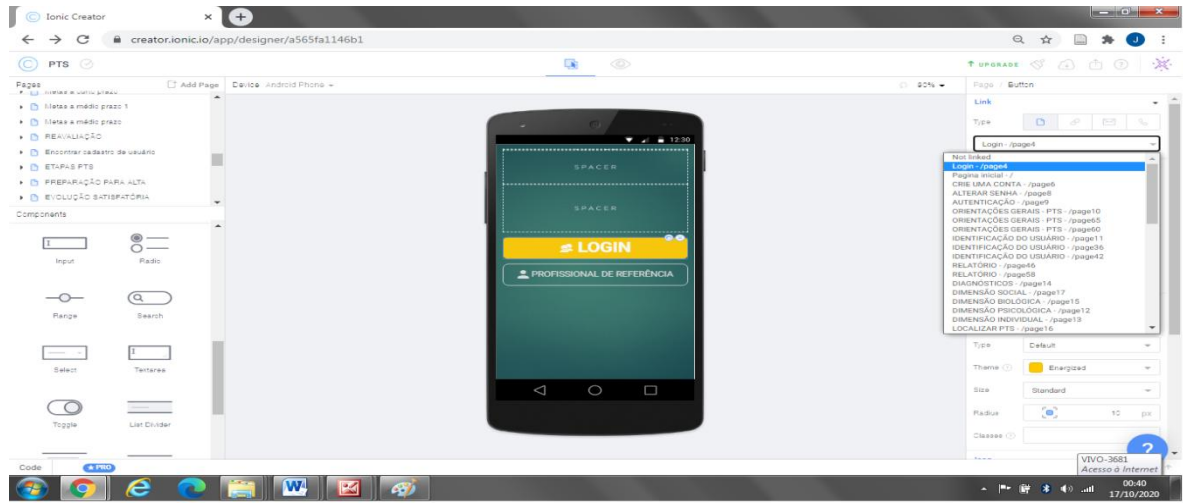
Após a criação de todas as telas, foram feitas as vinculações entre elas por meio da propriedade dos componentes *buttons*, denominada “*Link*”, observados na lateral direita das telas (Figuras 14 a, b, c). Para todos os botões, escolheu-se o tipo de *linkagem* por página, interligando os componentes *button* “Entrar” com a página “Profissionais” (Figura 15a); *button* “login” com a página de acesso ao *login* dos demais profissionais (Figura 15b) e *button* da página de *login* com a página destinada ao cadastro de usuário (Figura 15c).

Figura 15 – Vinculação de telas
(Figura 15a)



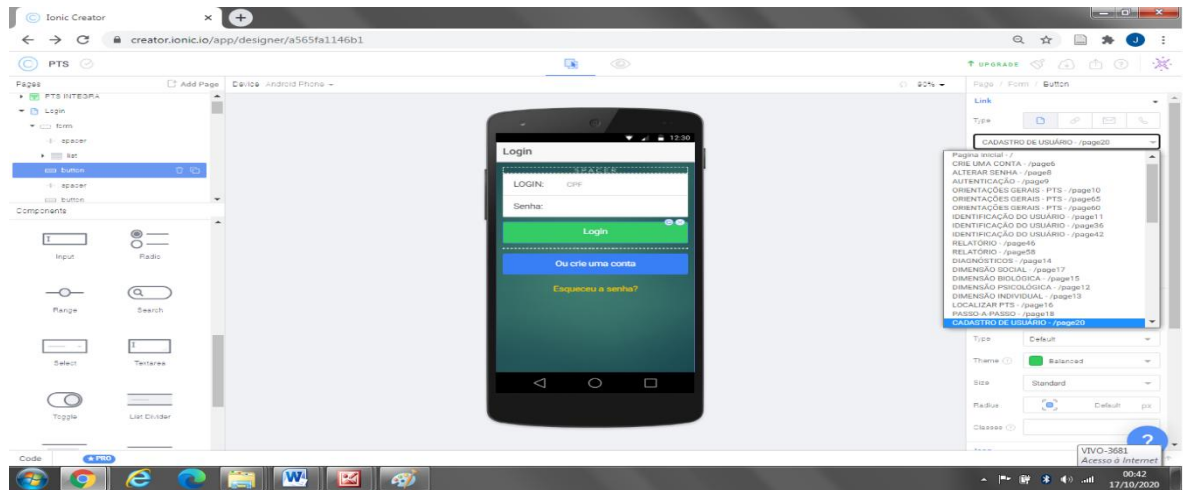
Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 15b)



Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 15b)



Fonte: produção do próprio autor.

CAPÍTULO 4

4 RESULTADOS

Para a construção do aplicativo, realizou-se, previamente, uma pesquisa descritiva com os profissionais de saúde do Nasf e das equipes de AB para se obter um diagnóstico situacional do PTS entre as equipes. As respostas obtidas subsidiaram a seleção e elaboração dos itens que integram o aplicativo. Os resultados serão apresentados em duas etapas: 1 – Apresentação dos dados descritivos e 2 – Apresentação das telas do aplicativo em si.

Etapa 1 – Apresentação dos dados descritivos

No que diz respeito à caracterização dos participantes do estudo, no momento da pesquisa, 88,1% possuíam vínculo efetivo, e 11,9% eram contratados, com o tempo de atuação profissional variando de 7 meses a 38 anos.

O Quadro 2 mostra a classificação recebida pelas variáveis avaliadas segundo a média obtida a partir das respostas dos profissionais de saúde que participaram da pesquisa. Merece destaque o fato de que apenas a variável “Profissionais com vínculo estreito com usuário/família devem assumir mais responsabilidades na coordenação do PTS” recebeu classificação um pouco apropriada, ou seja, até 39% apropriada, adaptada, correspondendo muito pouco ao objetivo proposto. As demais foram classificadas como moderadamente apropriadas, significando 40 a 69% apropriada, adaptada, correspondendo moderadamente ao objetivo proposto e muito apropriada, de 70 a 99% apropriada, adaptada, correspondendo intensamente ao objetivo proposto.

Quadro 2 – Classificação das variáveis segundo a média das respostas dos profissionais de saúde. Cajazeiras, 2019

Variáveis	Média	Classificação
O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas.	3,7	Moderadamente apropriada
O PTS é resultado da discussão coletiva.	4,0	Muito apropriada
O PTS é dedicado a situações complexas.	3,8	Moderadamente apropriado
O PTS é uma reunião de toda equipe em que as opiniões são importantes.	4,1	Muito apropriado
Na construção do PTS, são definidas propostas de ações.	4,0	Muito apropriado
O PTS contém quatro momentos.	4,0	Muito apropriado
No diagnóstico, deve conter avaliação orgânica, psicológica e social.	4,0	Muito apropriado
O diagnóstico deve captar como o sujeito singular se produz.	4,0	Muito apropriado
As metas devem ser de curto, médio e longo prazos.	3,9	Moderadamente apropriado
Na divisão de responsabilidade, é importante clareza.	4,3	Muito apropriado

A reavaliação é o momento de discutir a evolução e fazer correções	4,0	Muito apropriado
Cada membro da equipe trará para a reunião aspectos distintos e poderá receber tarefas diferenciadas	3,8	Moderadamente apropriado
Profissionais com vínculo estreito com usuário/família devem assumir mais responsabilidades na coordenação do PTS	2,7	Um pouco apropriado
Estratégia que as equipes podem utilizar para reuniões do PTS: estabelecer um tempo fixo semanal ou quinzenal	3,7	Moderadamente apropriado
Tempo maior de formulação e acompanhamento do PTS depende de cada serviço	3,5	Moderadamente apropriado
Encorajamento e apoio contribuem para evitar atitude passiva do usuário	3,9	Moderadamente apropriado
Discussões para construção e o acompanhamento do PTS valorizam os trabalhadores da equipe	3,9	Moderadamente apropriado
O matriciamento é uma importante ferramenta gerencial nos encontros do PTS	4,0	Muito apropriado
A inserção da família no PTS pode ocorrer durante a visita domiciliar	4,0	Muito apropriado
O desenvolvimento da autonomia dos usuários deve ser incluído nas ações do PTS	3,9	Moderadamente apropriado

Fonte: dados primários, 2019.

Etapa 2 – Construção do aplicativo PTS Integra

A partir dos resultados obtidos na pesquisa descritiva realizada, construiu-se o aplicativo, que, além de trazer o passo a passo para a construção do PTS, também disponibiliza informações sobre aspectos importantes e fundamentais para o sucesso dessa estratégia. Essas orientações foram elaboradas com base nos resultados obtidos, especialmente no que se refere à importância do vínculo e à valorização dos profissionais e usuários no desenvolvimento de cada etapa.

O aplicativo PTS Integra busca subsidiar a prática profissional, de interface simples, e otimiza o desenvolvimento do PTS. O *app* tem vários recursos que o tornam de fácil utilização, disponível gratuitamente para a versão Android.

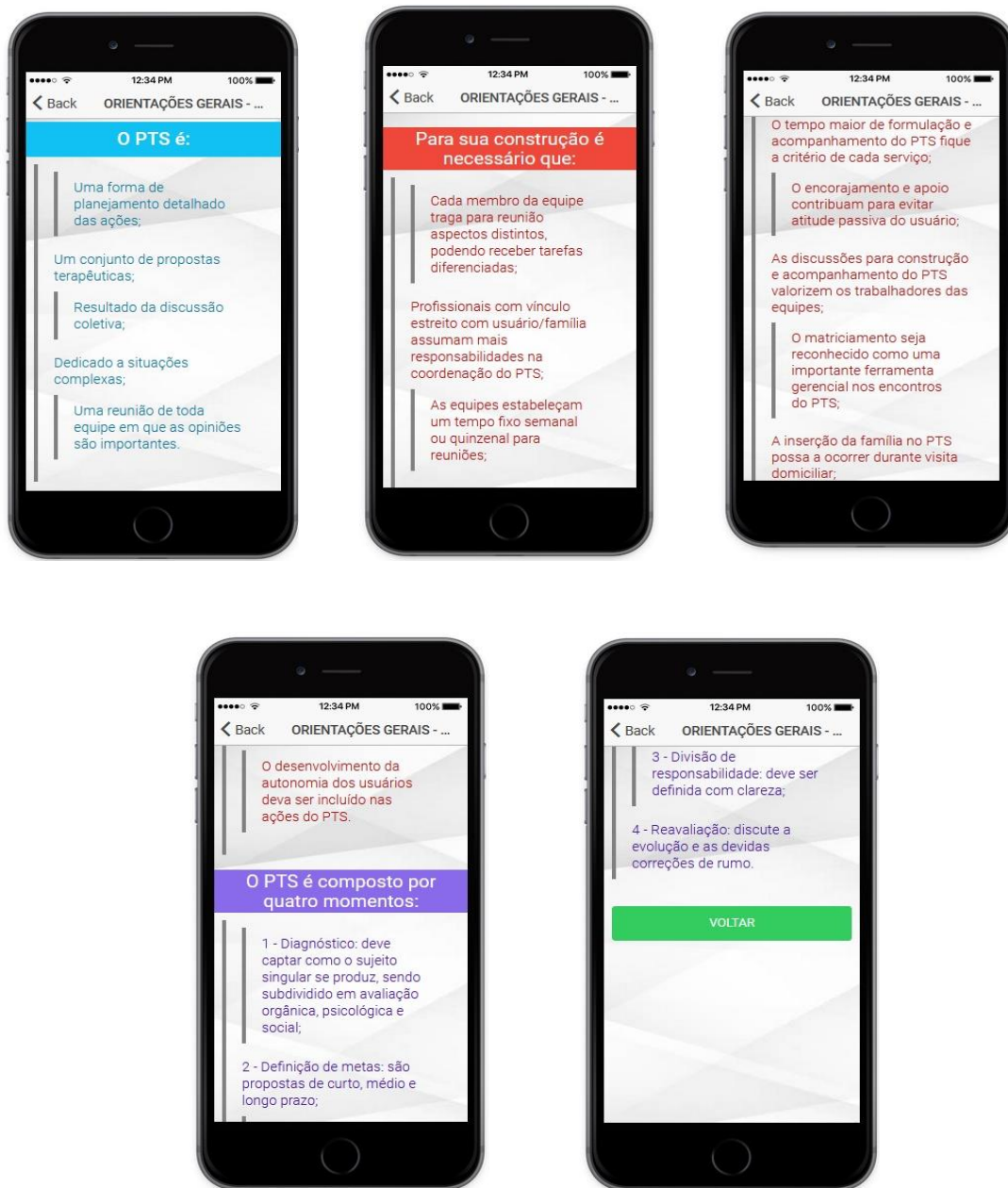
A tela inicial traz o ícone do *app* na parte central. Logo abaixo, o usuário tem acesso às orientações gerais referentes ao PTS e ao tutorial de como funciona o aplicativo. Na sequência, o usuário deverá selecionar entrar para acessar a tela seguinte (Figura 16).

Figura 16 – Tela inicial do aplicativo

Fonte: produção do próprio autor.

A tela com orientações gerais pertinentes ao PTS informa que a efetivação desse instrumento depende do fortalecimento de vínculo entre os envolvidos, gerando encorajamento e atitude ativa por parte do usuário. Explica que o PTS é um conjunto de propostas terapêuticas, planejadas, detalhadas, resultantes da discussão coletiva que valoriza toda a equipe. Todavia, pondera que os profissionais com maior vínculo com usuário/família devem assumir mais responsabilidades na coordenação desse instrumento. Além disso, evidencia a necessidade de estabelecer um tempo fixo semanal ou quinzenal para reuniões, indicando a utilização do matriciamento como uma importante ferramenta gerencial nesses encontros. Contudo, aponta as etapas que compõem a construção do PTS, como o diagnóstico, subdividido em avaliação orgânica, psicológica e social; definição de meta de curto, médio e longo prazos; divisão de responsabilidade e reavaliação (Figura 17).

Figura 17 – Tela com orientações gerais referentes o PTS



Fonte: produção do próprio autor.

A tela com o passo a passo do aplicativo é de fácil utilização, sendo necessário apenas deslizar a imagem para o canto esquerdo da tela (Figura 18a). Na sequência, orienta a cadastrar o profissional de referência e habilitar os participantes (Figura 18b). Explica, ainda, que, para acessar a construção do PTS, é necessário criar uma conta no *app*, inserir *login* e senha, cadastrar o usuário para gerar o número de prontuário, iniciar o preenchimento em relação ao diagnóstico, definir metas, identificar os profissionais, agendar datas prováveis das intervenções (Figuras 18c) e preencher o campo referente à reavaliação em caso de alteração de metas ou alta do usuário (Figura 18d).

Figura 18 – Tela-guia para navegação no *app*

(Figura 18a)



(Figura 18b)



(Figura 18c)



(Figura 18d)



Fonte: produção do próprio autor.

Essa tela mostra o painel de acesso ao cadastro do profissional de referência ou *login* (Figura 19).

Figura 19 – Tela de acesso ao cadastro do profissional de referência ou *login*



Fonte: produção do próprio autor.

Na tela para cadastrar o profissional de referência é necessário inserir o nome e CNES do profissional e, na sequência, clicar em “gerar chave de acesso” para habilitar os demais participantes (Figura 20).

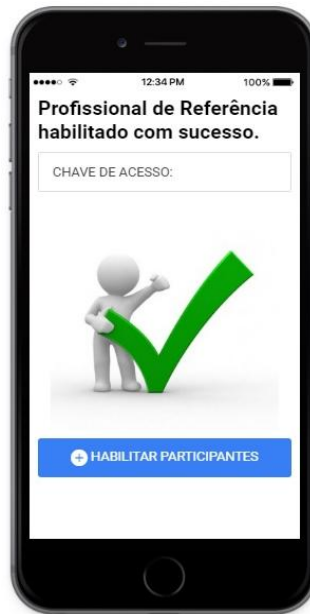
Figura 20 – Tela da chave de acesso para habilitar participantes



Fonte: produção do próprio autor.

A tela mostra a chave de acesso gerada após cadastrar o profissional de referência e, logo abaixo a opção de habilitar participantes (Figura 21).

Figura 21 – Tela da chave de acesso para habilitar participantes



Fonte: produção do próprio autor.

Na tela para habilitar os participantes é necessário apenas inserir a chave de acesso e o CPF para a liberação. Em seguida, clicar em liberar acesso ou na seta para voltar à tela anterior (Figura 22).

Figura 22 – Tela para habilitar participantes.



Fonte: produção do próprio autor.

A tela de liberação de acesso por CPF traz a opção de inserir um novo participante. Contudo, para retornar à tela inicial do aplicativo, é necessário clicar em “concluir” (Figura 23).

Figura 23 – Tela para habilitar novo participante



Fonte: produção do próprio autor.

Na tela de acesso ao cadastro do profissional, é necessário apenas *login* e senha ou criar uma conta, caso não seja cadastrado. Também é possível redefinir a senha para acessar o *app* (Figura 24).

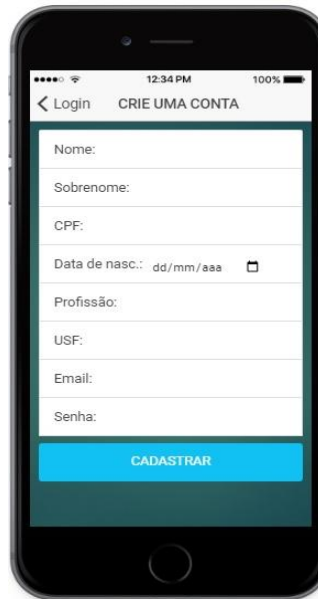
Figura 24 – Tela de acesso ao cadastro do profissional



Fonte: produção do próprio autor.

A tela para cadastro do profissional permite criar uma conta, inserindo o nome completo, CPF, profissão, CNES do profissional, USF, CNES da USF, e-mail e senha. A ferramenta também disponibiliza o ícone no canto direito da tela para selecionar a data de nascimento, e, logo abaixo, o usuário deverá acionar “cadastrar” para prosseguir (Figura 25).

Figura 25 – Tela para criar conta



The image shows a smartphone screen with a registration form. The status bar at the top displays the time as 12:34 PM and 100% battery. The navigation bar shows a back arrow, the text 'Login', and 'CRIE UMA CONTA'. The form consists of several input fields: 'Nome:', 'Sobrenome:', 'CPF:', 'Data de nasc.: dd/mm/aaa' (with a calendar icon), 'Profissão:', 'USF:', 'Email:', and 'Senha:'. At the bottom of the form is a blue button labeled 'CADASTRAR'.

Fonte: produção do próprio autor.

Na tela para redefinição de senha, é necessário adicionar o CNES do profissional, e-mail e redefinir a nova senha e, na sequência, selecionar “avançar” para ser direcionado à próxima tela (Figura 26).

Figura 26 – Tela para redefinição de senha.



The image shows a smartphone screen with a password reset form. The status bar at the top displays the time as 12:34 PM and 100% battery. The navigation bar shows a back arrow, the text 'Login', and 'ALTERAR SENHA'. The form consists of three input fields: 'CPF:', 'EMAIL:', and 'NOVA SENHA:'. At the bottom of the form is a green button labeled 'AVANÇAR'.

Fonte: produção do próprio autor.

A tela para autenticação de senha pede um código enviado para o e-mail cadastrado para confirmar alteração de senha e voltar à tela anterior (Figura 27).

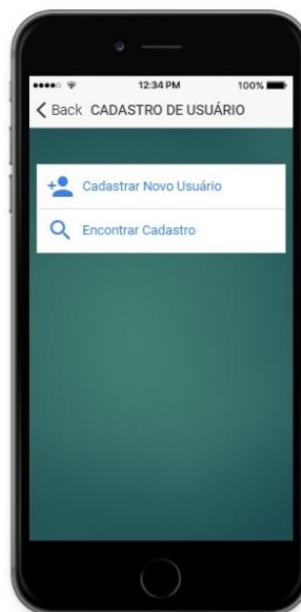
Figura 27 – Tela para autenticação de senha



Fonte: produção do próprio autor.

Nessa tela, apresentam-se as opções de cadastrar novo usuário ou encontrar cadastro (Figura 28).

Figura 28 –Tela de acesso ao cadastro do usuário



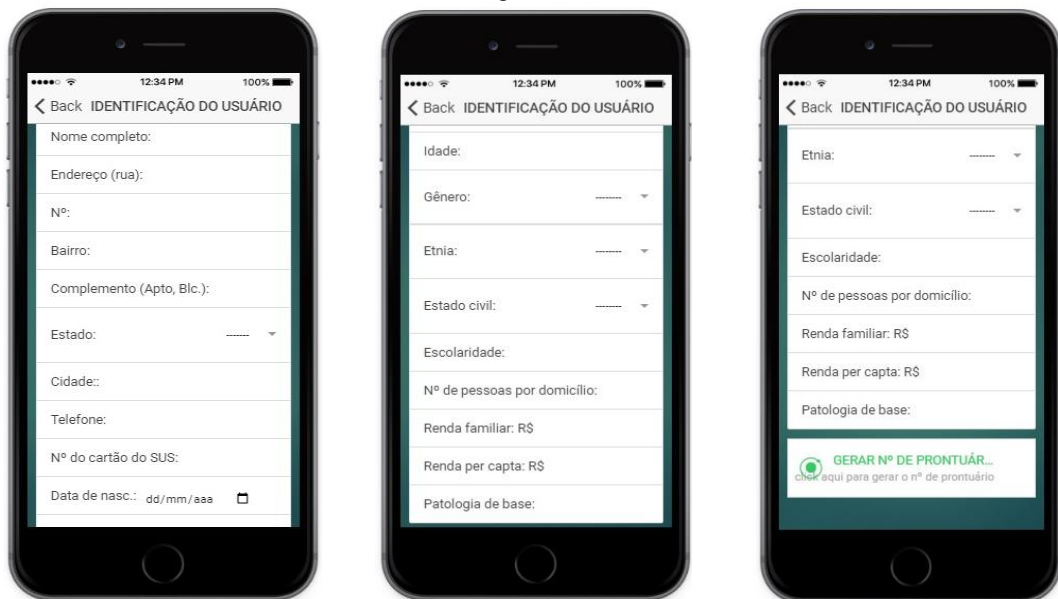
Fonte: produção do próprio autor.

Essa tela apresenta a opção de localizar cadastro por número de prontuário e, na sequência, selecionar encontrar para acessar o prontuário do usuário (Figura 29).

Figura 29 – Tela para localização de cadastro

Fonte: produção do próprio autor.

Na tela para cadastro de usuário, é necessário inserir o nome, endereço, telefone, Cartão do SUS, data de nascimento, idade, escolaridade, número de pessoas no domicílio, renda familiar e *per capita* e patologia de base. O painel também disponibiliza ícones localizados no canto direito da tela referentes à data de nascimento, estado civil, etnia e gênero. Em seguida, o usuário deverá acionar “gerar número de prontuário” (Figura 30a) e, na sequência, clicar em “avançar” para prosseguir (Figura 30b).

Figura 30 – Tela para cadastro de usuário (Figura 30 a)

Fonte: produção do próprio autor.

(Figura 30 b)

Fonte: produção do próprio autor.

A tela de acesso às etapas que abragem a construção do PTS traz a opção de gerar relatório (além do diagnóstico, definição de metas e reavaliação). Em seguida, o usuário deverá selecionar “sair” para retornar à tela inicial do *app* (Figura 31).

Figura 31 – Tela com as etapas do PTS e a opção de gerar relatório



Fonte: produção do próprio autor.

A tela com as dimensões que abragem o diagnóstico na construção do PTS, permite registrar a anamnese do usuário na avaliação orgânica, psicológica e social. Na sequência, o usuário deverá selecionar “avançar” para continuar (Figura 32).

Figura 32 – Tela com a subdivisão do diagnóstico



Fonte: produção do próprio autor.

A tela para avaliação orgânica permite registrar e salvar a anamnese do usuário (Figuras 33a). Em seguida, deverá selecionar “avançar” (Figura 33b).

Figura 33 – Tela para avaliação orgânica



Fonte: produção do próprio autor.

A tela para avaliação psicológica permite adicionar e salvar a anamnese do usuário (Figuras 34a). Em seguida, deverá selecionar “avançar” para prosseguir (Figura 34b).

Figura 34 – Tela para avaliação psicológica

(Figura 34a)



(Figura 34b)

**Fonte:** produção do próprio autor.

A tela para avaliação social permite inserir e salvar a anamnese do usuário (Figura 35a). Em seguida, seleciona-se “avançar” (Figura 35b).

Figura 35 – Tela para avaliação social

(Figura 35a)



(Figura 35b)

**Fonte:** produção do próprio autor.

Na tela para definição de metas em curto, médio e longo prazos, também é possível definir as responsabilidades de cada participante, sendo necessário selecionar apenas uma das opções ou clicar em etapas PTS para voltar à tela anterior (Figura 36).

Figura 36 – Tela para definição de metas e divisão de responsabilidades



Fonte: produção do próprio autor.

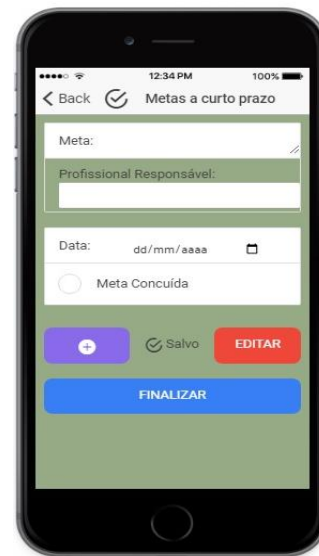
A tela para definição de metas em curto prazo permite escolher o profissional responsável por sua efetivação, indicar a data provável de sua realização no ícone localizado no canto direito da tela e, na sequência, selecionar “meta concluída”, caso tenha sido finalizada (Figura 37a). No mais, ao clicar em “salvar”, o usuário será direcionado à tela que traz as informações salvas com as opções de inserir metas no ícone de adição ou editar para alterações, se necessário. Ao clicar em “finalizar”, o sistema permitirá o retorno à tela inicial de definição de metas (Figura 37b).

Figura 37 – Tela para definição de metas a curto prazo

(Figura 37a)



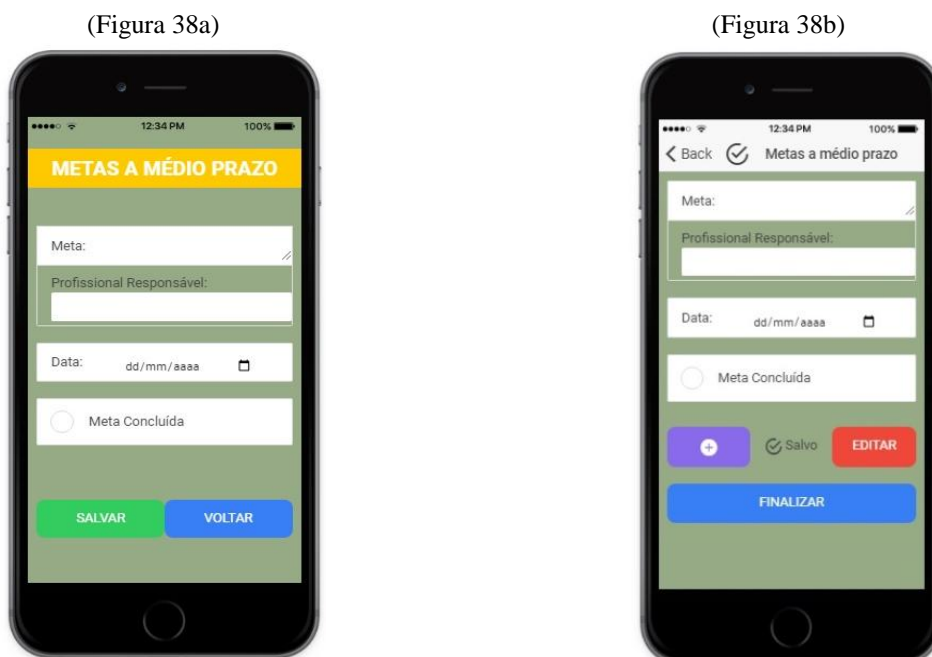
(Figura 37b)



Fonte: produção do próprio autor.

A tela de definição de metas a médio prazo, permite escolher o profissional responsável por sua execução, indicar a data provável de sua realização no ícone localizado no canto direito da tela e, na sequência, selecionar “meta concluída”, caso tenha sido finalizada (Figura 38a). No mais, ao clicar em “salvar” o usuário será direcionado à tela que traz as informações salvas com as opções de inserir metas no ícone de adição ou editar para alterações se necessário. Ao clicar em finalizar o sistema permitirá o retorno à tela inicial de definição de metas (Figura 38b).

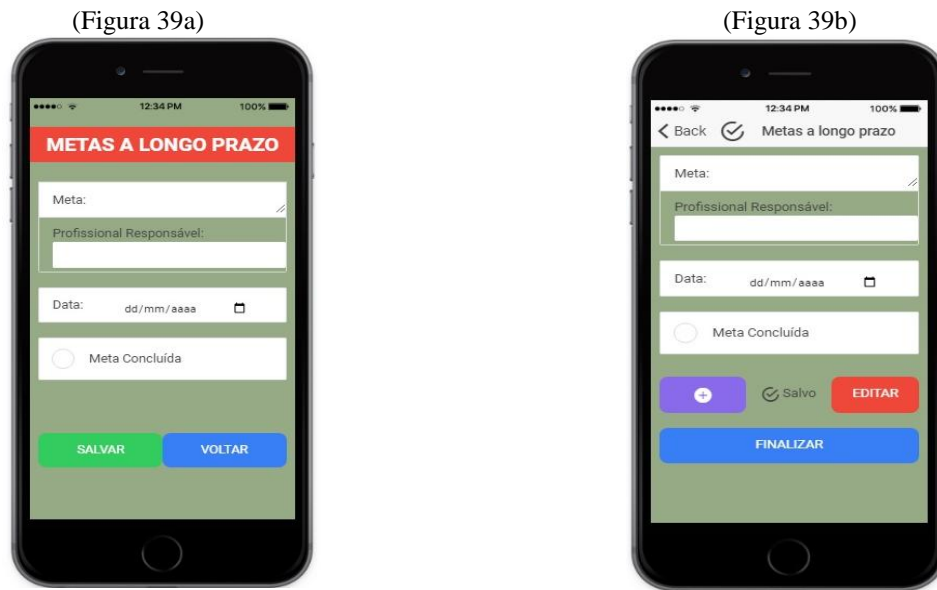
Figura 38 – Tela para definição de metas a médio prazo



Fonte: produção do próprio autor.

A tela de definição de metas a longo prazo traz a opção de inserir o profissional responsável por seu andamento, preenchendo, logo em seguida, a data provável de sua realização no ícone localizado no canto direito da tela e, na sequência, selecionar “meta concluída”, caso tenha sido finalizada (Figura 39a). No mais, ao clicar em “salvar” o usuário será direcionado à tela que traz as informações salvas, com as opções de inserir metas no ícone de adição ou editar para alterações, se necessário. Ao clicar em “finalizar”, o sistema permitirá o retorno para à tela inicial de definição de metas (Figura 39b).

Figura 39 – Tela para definição de metas a longo prazo



Fonte: produção do próprio autor.

A tela apresenta o painel de reavaliação que abrange as opções “satisfatória” e “insatisfatória”, de acordo com a evolução do usuário (Figura 40).

Figura 40 – Tela para reavaliação do PTS



Fonte: produção do próprio autor.

A tela para evolução satisfatória permite ao profissional relatar a melhora do usuário na justificativa (Figura 41a). Em seguida, seleciona-se “salvar” para ser conduzido à tela que traz as informações salvas e a opção de preparação para a alta (Figura 41b).

Figura 41 – Tela para evolução satisfatória

(Figura 41a)



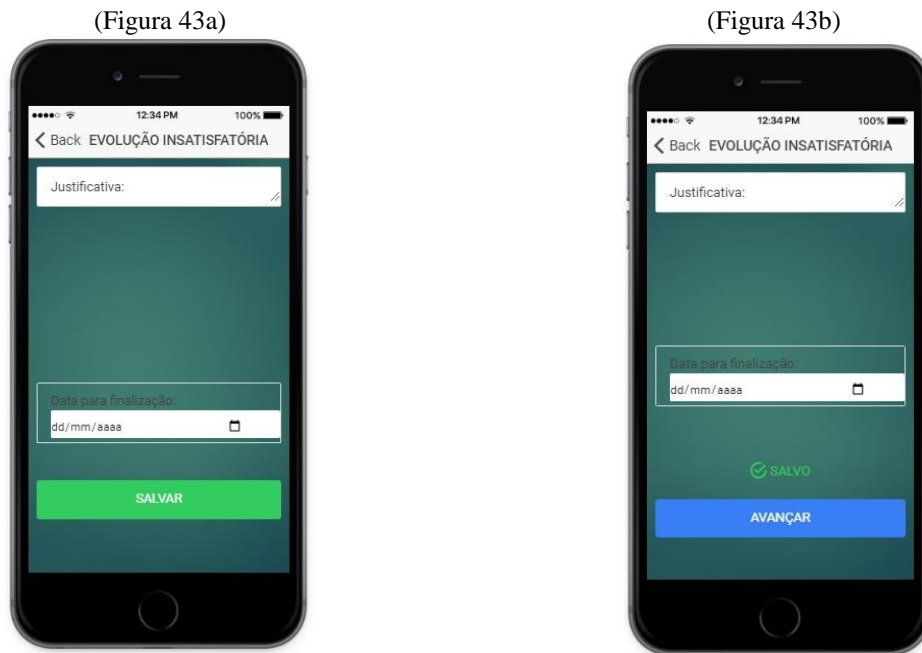
(Figura 41b)

**Fonte:** produção do próprio autor.

Na tela de preparação para a alta, o profissional pode fazer as devidas orientações, informando a provável data referente à alta no ícone localizado no canto direito da tela. Em seguida, deverá selecionar “avançar” para retornar à tela de etapas do PTS (Figura 42).

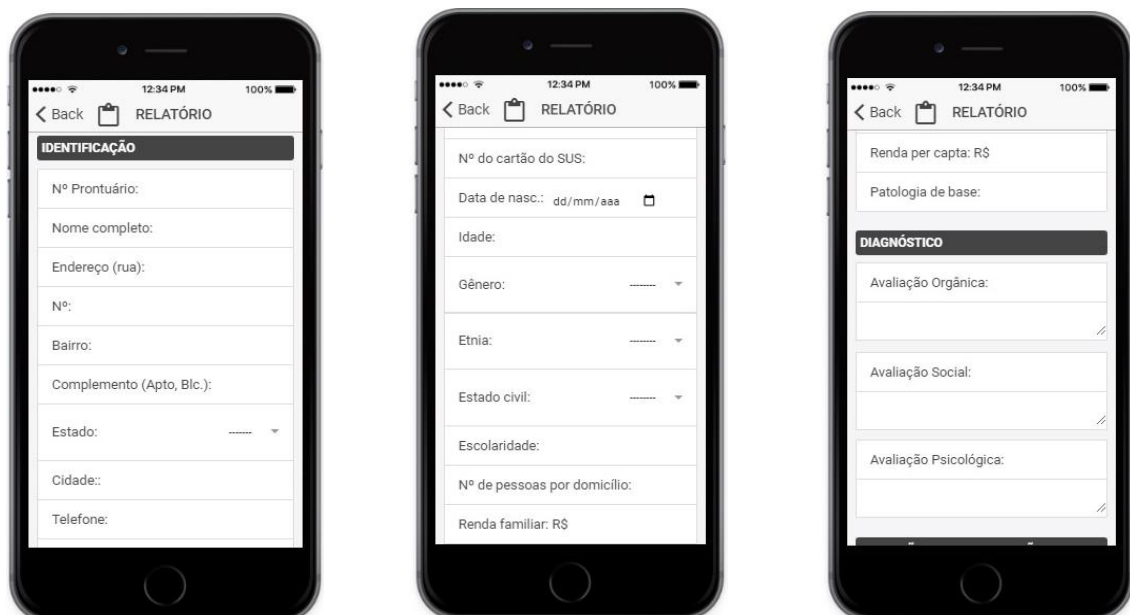
Figura 42 – Tela para preparação de alta**Fonte:** produção do próprio autor.

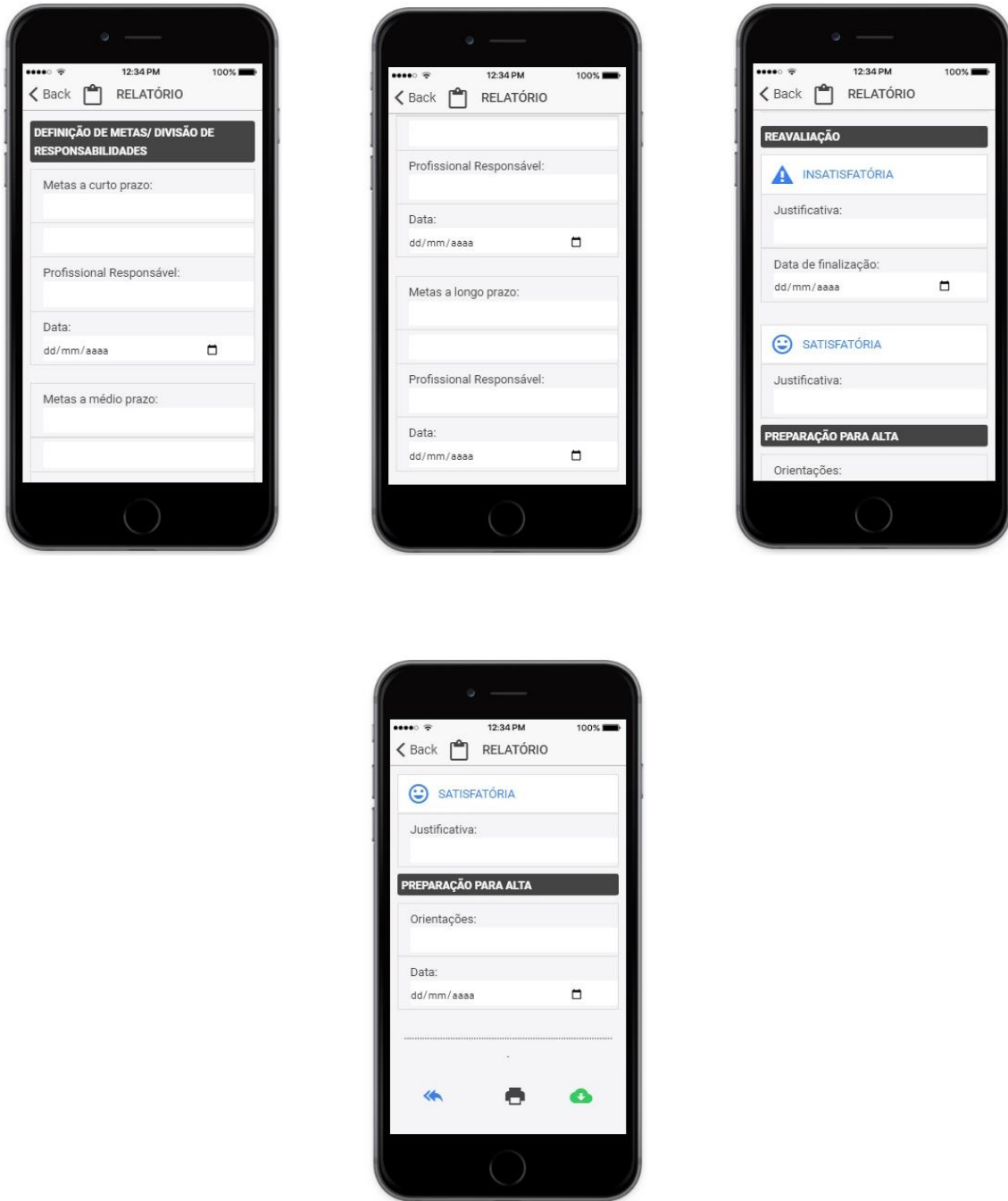
A tela de evolução insatisfatória permite ao profissional relatar os pontos negativos da evolução na justificativa e inserir a data provável de finalização no ícone localizado no lado direito da tela. Na sequência, deverá selecionar “salvar” (Figura 43b) para ser encaminhado à tela que traz as informações salvas, sendo necessário clicar em “avançar” para retornar à etapa do PTS (Figura 43b).

Figura 43 – Tela para evolução insatisfatória

Fonte: produção do próprio autor.

A tela traz o registro de toda as intervenções atualizadas, propiciando ao profissional obter as informações gerais sobre o usuário, auxiliando no momento em que for necessário verificar procedimentos adotados, recomendações, medicações, avaliações, entre outras informações. Por meio dessa ferramenta é possível imprimir ou fazer *download* dos dados (Figura 44).

Figura 44 – Tela com a emissão de relatório



Fonte: produção do próprio autor.

CAPÍTULO 5

5 DISCUSSÃO

O Brasil passa por um momento em que os direitos nos âmbitos civil, político e social estão sendo suprimidos. A nova proposta de financiamento da AB limita as ações de promoção e prevenção à saúde, direcionando-as a uma parcela da população. É devastador assistir à desconstrução da perspectiva de universalidade e integralidade no SUS (GIOVANELLA; FRANCO; ALMEIDA, 2020). Todavia, o Governo vai se retirando de cena ao sufocar os recursos destinados à saúde e abrir as portas para o setor privado, que não prima por equidade (MENEZES *et al.*, 2020).

O cenário da saúde no país está passando por momentos de incertezas em que princípios de integralidade, universalidade e equidade estão sendo sorrateiramente anulados.

Segundo Menezes *et al.* (2020), a bandeira da democracia está hasteada, entretanto, não é o suficiente para garantir a sobrevivência da saúde como direito universal. A literatura retrata como os serviços de saúde funcionam nos bastidores e as dificuldades para efetivar tais princípios. Mostram ainda que as adversidades na prática em saúde não têm fronteiras, pois se repetem constantemente em diferentes localidades. Estes estudos retratam claramente a inquietude de quem está inserido na saúde, evidenciando uma vasta combinação de fatores que levam à frustração precoce dos profissionais.

A Nota Técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS é um exemplo do descompasso existente entre as necessidades de saúde e as prioridades estabelecidas pelo Governo Federal, uma vez que os repasses para a operacionalização do Nasf-AB passam a ser realizados com base na quantidade de pessoas cadastradas e pelo índice de desempenho das equipes, deixando ao município a decisão referente ao modelo de trabalho que será adotado (REIS; MENESES, 2020; MOTA, 2020), o que fragiliza as ações em saúde e o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Essa passou a ser a realidade de muitos municípios, incluindo aquele que foi cenário desta pesquisa, indo em direção contrária ao que Menezes *et al.* (2020) afirmam em seu estudo, quando diz que o acesso à saúde em uma visão universal deve perpassar uma série de medidas para que todos sejam beneficiados de forma equânime, sendo preciso haver a aplicação de recurso para ampliar as áreas de abrangência. Logo, são ações fundamentais não só para garantir a expansão e a qualidade dos programas e serviços de saúde, mas custear estratégias que amenizem suas fragilidades.

Nesse confuso cenário, o Nasf-AB se retrai ao encontrar um terreno arenoso, encharcado de rejeição, inviabilizando as ações no âmbito coletivo pela nulidade no diálogo.

Vale ressaltar que a sintonia entre o Nasf-AB e ESF é crucial para que os instrumentos de trabalho utilizado pelo Nasf-AB, em especial o PTS, possam, de fato, ser explorados em suas nuances. Evidentemente, o PTS traz uma proposta de renúncia às velhas práticas de atendimento e foca em um novo olhar, pautado na subjetividade de quem procura ajuda, sem julgamentos ou preconceito, apenas centrado na arte da escuta e compreensão das particularidades da demanda, essencial para suprimir quaisquer arestas junto à comunidade.

Apesar dessa importância, os resultados desse estudo apontam que os profissionais ainda necessitam de maior qualificação em relação à importância do PTS como um conjunto de propostas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo, bem como para traçar estratégias que possam viabilizar a sua realização, como o estabelecimento de um dia e horário fixo para a sua realização, os quais foram classificados como moderadamente apropriados. Merece destaque também o fato de que a variável “profissionais com vínculo estreito com usuário/família devem assumir mais responsabilidades na coordenação do PTS” recebeu a menor média (2,7).

Cristoni (2018) reforça a importância desse entendimento e planejamento por parte da equipe, apontando que o PTS é uma proposta repleta de alterações significativas na forma de cuidar, sugerindo um planejamento totalmente diferente do habitual, com espaço para o usuário e sua família pontuarem seus anseios e dificuldades. Aponta ainda que adotar essa proposta requer redefinir ações rotineiras e sair de sua área de conforto, buscando respostas ao adoecimento. É um momento promissor em que cada usuário assume papel de destaque com responsabilidade e voz ativa em todo o tratamento. O PTS é um instrumento que está em constante mudança, sendo construído e reconstruído de acordo com as necessidades do usuário.

Somado a isso, Belotti e Lavrador (2016) salientam que o PTS consegue interligar, ajustar os discursos entre os profissionais, usuários e cuidadores, incentivando de forma sutil o compartilhamento das condutas e responsabilidades sobre cuidado. Novaes *et al.* (2012) reforça ainda que a efetividade do PTS junto à família é resultado de um trabalho de cunho multiprofissional que consegue, por meio do diálogo e da construção de vínculo, desenvolver ações educativas em saúde que levam à redução de conflitos causados pela falta de conhecimento. Essa atividade faz a família entender o processo de adoecimento e caminhar sem percalço, adaptando seus costumes a um novo cenário de saúde voltado ao bem estar e qualidade de vida.

O PTS traz um cenário favorável ao trabalho em que as relações ocorrem em um formato perpendicular, abrindo espaço para a participação do usuário na construção do cuidar.

A sugestão de quebra do modo vertical torna-o um arrojado instrumento de construção do cuidado, tracejado pela interação, humanização e articulação (SILVA *et al.*, 2019). Não obstante, é um recurso que induz a participação, a independência e a reinserção na sociedade, inovando a forma de construção das ações de cuidado (SILVA *et al.*, 2016).

Contudo, não se pode apenas culpabilizar os profissionais pelo desconhecimento em alguns pontos do PTS, é preciso entender o contexto de saúde em que estão inseridos e buscar soluções que sejam, de fato, resolutivas, dentro da realidade imposta. Essa avaliação faz-se relevante, uma vez que os profissionais da ESF não dispõem de uma estrutura de trabalho favorável e de oportunidade para desenvolver suas atividades com autonomia. Retratam uma rotina exaustiva, atrelada a trâmites burocráticos e a um demasiado número de atendimentos (COSTA; MOREIRA; BRITO, 2020). Para Hadad e Jorge (2018), são indicações de fragilidades que prejudicam a integralidade do cuidado e provocam incipiência no vínculo entre os atores envolvidos nesse processo, além de uma quebra no campo da continuidade do cuidado.

Carnut (2017) evidencia outras fragilidades que distanciam a prática da integralidade, como a falta de entendimento referente à importância da subjetividade intrínseca ao sujeito, interação incipiente no processo de trabalho, falta de adequação dos profissionais, formação inclinada ao modelo que desconsidera a singularidade do sujeito, rotatividade, pouco recurso destinado ao aperfeiçoamento de profissionais, dificuldade no fortalecimento de vínculo, pressão por produtividade e menosprezo pelo direito dos usuários.

Nesse sentido, Arce e Teixeira (2018) explicam que fatores ligados à ausência de perfil profissional e condições de trabalho inadequadas podem levar o Nasf-AB a desenvolver predisposição em reincidir práticas que o distanciam do cuidado voltado para a prevenção e a promoção à saúde. São fragilidades que permeiam as atividades de apoio do Nasf-AB junto às equipes de SF, que implicam questões organizacionais, dificultando a execução do trabalho compartilhado (MOREIRA *et al.*, 2019; SAMPAIO *et al.*, 2015). Esse fato respinga diretamente no apoio matricial, que acaba se moldando de acordo com a proposta de saúde adotada, e não como de fato deveria ocorrer. Destaca-se que, neste estudo, os profissionais consideraram o matriciamento como uma importante ferramenta gerencial nos encontros do PTS, atingindo uma média (4,0).

Esse resultado sugere que as equipes, mesmo diante das fragilidades existentes, entendem a importância dessa estratégia para o cuidado em saúde, mesmo não atingindo a maior média (5,0). Hadad e Jorge (2018) e Castro, Oliveira e Campos (2016) consideram o matriciamento uma importante ferramenta para a integração das ações de cuidado, visto que

essas ações devem ser construídas com a partilha de todos, pois são momentos de partilha de conhecimento e experiências que contribuem para o fortalecimento da relação entre profissionais de saúde, usuários e família, considerando que as relações de confiança vão sendo alicerçadas a cada encontro.

Outro ponto que merece ser destacado diz respeito à importância das “discussões para construção e acompanhamento do PTS como uma excelente oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde”, que foi classificada como moderadamente apropriada. Guimarães e Branco (2020) ressaltam que as atividades desenvolvidas em equipe otimizam o processo trabalho, pois essa dinâmica conta com o diálogo, interação, cooperação, partilha de experiências e responsabilidades, considerando a incorporação dos usuários e da comunidade em toda a construção do cuidado.

Tal resultado pode ancorar-se também no fato de que o processo de trabalho das equipes de ESF é ancorado em práticas assistencialistas, curativas e individuais, prejudicando a efetivação do apoio matricial e gerando certo afastamento entre os profissionais, afetando o trabalho interdisciplinar. Tais fatores contribuem para a rejeição da forma de trabalho do Nasf-AB junto à ESF (MARTINEZ; SILVA; SILVA, 2016). É essencial que ocorra uma reavaliação nas ações que estão sendo executadas em cada serviço, identificando as dificuldades e procurando alinhar o discurso para superá-las, sem afligir a capacidade de respostas delas. Orofino e Silva (2020) reconhecem que as ações em conjunto têm certa dificuldade de ser construídas, pois representa um campo minado de diferenças em que o diálogo deve se sobrepor às divergências para alcançar o que se chama de trabalho em equipe.

A falta de diálogo e de interação entre as equipes afeta diretamente o cuidado em saúde. Ainda assim, a variável relativa ao encorajamento e o apoio por parte dos profissionais para evitar atitude passiva do usuário em seu tratamento atingiu uma média de 3,9. Para Souza *et al.* (2020), trabalhar o cuidado considerando aspectos distintos de cada sujeito é desafiador, pois é um ambiente rico em especificidade, em que o profissional tem que lidar com diferentes realidades. Contudo, trabalhar procurando integração, além de não ser nada fácil, ainda conta com um cenário desfavorável, considerando a formação profissional centrada na doença e no diagnóstico, resistência do usuário em aderir ao tratamento e falta de interação entre os serviços.

Nóbrega *et al.* (2016) trazem uma avaliação positiva dos usuários referente à atuação do Nasf-AB junto às USF pela notória melhora na qualidade dos atendimentos, considerando a resolutividade e a ampliação no acesso aos serviços ofertados. Esse contentamento com as ações desenvolvidas pelo Nasf-AB reforça a indispensabilidade de assegurar sua permanência

junto à comunidade. Outro elemento importante são as ações em grupo que tendem a ter grande potencial motivacional junto aos usuários, pois abre espaço para a construção das relações e fortalecimento de vínculos, processo de interação que resgata a qualidade de vida e a autonomia dos participantes (FERNANDES; SOUZA; RODRIGUES, 2019). Na construção do cuidado, é necessário atentar não apenas para a doença, mas para a realidade vivenciada pelo usuário, buscando tomar ciência de suas demandas para uma melhor assistência (SILVA; SOUZA; ESTEVES, 2018).

O PTS agrega todos esses elementos, porém, embora utilizado pelos serviços de ESF e Nasf-AB, encontra resistência para se efetivar, pois requer uma consonância entre os serviços para que seja possível nivelar suas ações, viabilizando, assim, sua execução. Dorigatti *et al.* (2014) consideram o PTS um recurso de grande potencial, pois traz, em sua aplicação, elementos simples, mas com grande capacidade de resposta, visto que permite ao usuário ser ouvido, bem como a oportunidade de discutir as orientações terapêuticas, sempre considerando o que realmente ele deseja, posto que muitas vezes são imperceptíveis no atendimento inicial.

A construção do PTS requer domínio e comprometimento do trabalhador em saúde, devendo motivar a participação do usuário e sua família, compartilhando entre os participantes o entendimento de que todos têm responsabilidade sobre o tratamento (BERNDT; SANFELLICE, 2019). É preciso que tenham ciência de que as ações propostas devem ser debatidas e acolhidas, considerando o que melhor se adapta à realidade do usuário e de sua família (SILVA *et al.*, 2016).

O PTS planta a semente não só da inter-relação entre a família, usuário e profissionais, mas também procura desatar sentimentos de sujeição. Traz contornos de integração para os agentes da assistência à saúde e suas demandas. É, na verdade, uma proposta atrativa, potencializada com a aplicação de tecnologias que conduzem a engenhosas formas de compartilhar informações, auxiliando efetivamente os profissionais na prática e refletindo de forma positiva nos acolhimentos.

As tecnologias em saúde surgem, nesse contexto, como uma das estratégias que podem amenizar essas fragilidades e fortalecer as ações promovidas pelos serviços de saúde, especialmente a AB, derrubando barreiras e transformando realidades. O emprego dessas tecnologias no ambiente de trabalho estimula a inclusão no mundo da informática, superando certa relutância em aderir às inovações. Na saúde, esse gerenciamento de dados influencia de forma positiva a rotina nos serviços, pois permite organizar as informações de forma mais precisa, para que se possa ter acesso ao registro das condutas realizadas, possibilitando que

essa informação auxilie outros profissionais, refletindo no rendimento, na qualidade e na interação das relações (GAVA *et al.*, 2016).

A renovação tecnológica avança rapidamente e vai utilizando várias abas de apoio, como os *smartphones*. Esses aparelhos trazem, em sua estruturação, diversas vantagens quanto à funcionalidade, pois, além de portáteis, podem ser conectados à Internet (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017). Amorim (2018) reconhece as vantagens dos *smartphones* e explica que eles potencializam os aplicativos, pois têm uma série de recursos.

Os *softwares* utilizados para auxiliar em diversas atividades do cotidiano vêm sendo cada vez mais desenvolvidos. Para Oliveira e Alencar (2017), os aplicativos são construídos com base em pesquisas, o que os tornam cada vez mais confiáveis. São instrumentos com arquitetura agradável que podem ser utilizados em diferentes plataformas e permitem a troca de informações, o armazenamento de dados, entre outras aplicabilidades. A tecnologia móvel é algo comum, entretanto, quem a utiliza ainda não explorou amplamente esse recurso.

Por isso, este estudo se propôs a construir um aplicativo que viabilize a elaboração do PTS, considerando que são incipientes os aplicativos que exploram essa interação em relação ao compartilhamento de informações sobre as ações de cuidado pertinentes ao tratamento (VEIGA, 2017). Assim, optou-se por desenvolver um *software* que traz o PTS em um formato digital, com sistematização acessível e prática, desenvolvido para nortear a construção das ações terapêuticas. A este dispositivo foram incorporadas orientações pertinentes às questões que indicam resultados pouco satisfatórios, reiterando, dentre outras questões, a importância do vínculo.

Amorim (2018) evidencia que os aplicativos móveis são um poderoso instrumento de monitoramento, pois esse recurso corrobora para que as informações sejam acessíveis a todos os que fazem parte do processo de cuidar. Veiga (2017) aponta em seu estudo que esses instrumentos são de grande importância no auxílio a decisões terapêuticas. Os aplicativos fazem parte das Novas Tecnologias de Informação e Comunicação (NTIC) e trazem uma gama de funcionalidades que os tornam interessantes (OLIVEIRA; ALENCAR, 2017), principalmente quando suprem as necessidades da prática profissional (GAVA *et al.*, 2016).

Uchida *et al.* (2020) evidenciam, no entanto, que os trabalhadores em saúde têm pouco conhecimento sobre a TICs. Todavia, reconhecem sua importância na rotina de trabalho por potencializarem as ações no âmbito da saúde. O desenvolvimento tecnológico e o SUS devem estar em consonância, caminhando na mesma direção, pois esse instrumento ampara as ações do sistema de saúde (COSTA; BOTELHO, 2020). Gava *et al.* (2016) asseveram que o SUS é

um sistema cuja dimensão precisa ser amparada por tecnologias que permitam um bom funcionamento.

Por isso, faz-se necessário adequar os trabalhadores em saúde à cumplicidade da tecnologia, considerando um novo mecanismo nas práticas de acompanhamento, orientação e monitoramento.

CAPÍTULO 6

6 CONCLUSÃO

A apropriação de tecnologias para qualificar as ações em saúde, são bem-vindas, pois propicia a renovação da prática. É notório que para se obter excelência nos atendimentos, dado às circunstâncias que a saúde vivencia, é fundamental transformar as inquietações em pesquisa para que possam contribuir para uma assistência singular.

Ponderando os resultados da pesquisa, considera-se alcançados os objetivos traçados, tendo em vista a elaboração de um modelo descritivo de *software* que vai auxiliar os profissionais das equipes de SF e o Nasf-AB na construção do PTS. Esse instrumento de inovação tecnologia traz vantagens significativas para a promoção do cuidado, pois interliga as orientações e direciona o manejo das ações pertinentes ao PTS.

O *software* PTS Integra foi desenvolvido alinhado aos resultados alcançados na pesquisa que, por conseguinte indicam a falta de clareza dos profissionais com relação aos pilares que envolvem a construção do PTS. Cabe ressaltar que o aplicativo possibilita linguagem simples, acesso remoto, comunicação virtual, informações organizadas e acompanhamento de condutas e informações. Além de potencializar a comunicação entre os sujeitos envolvidos na operacionalização do cuidar.

Embora os objetivos almejados tenham sido alcançados, os desafios consistem em treinar os profissionais para a utilização desse instrumento e posteriormente validar. Espera-se que essa pesquisa possa trazer subsídios aos profissionais de saúde, elevando o nível de compreensão com relação ao PTS.

O estudo apresentou limitações quanto à sua realização no que diz respeito ao período de coleta de dados, uma vez que as equipes do Nasf-AB do município estudado foram desconstruídas neste mesmo período.

Recomenda-se que novos estudos possam ser realizados e validados a partir deste, para que possam obter resultados práticos que demonstrem a eficácia do aplicativo na realidade dos serviços de saúde, melhorando o processo de trabalho e viabilizando o PTS entre Nasf-AB e AB.

REFERÊNCIAS

ABRAHÃO, A. L. *et al.* Aspectos pedagógicos do aprender e ensinar na rede de saúde: a proposta sombria. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 4, p. 37-45, ago., 2018. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbem/v42n4/1981-5271-rbem-42-4-0037.pdf>. Acesso em: 06 fev. 2019.

ALMEIDA, Q.; FÓFANO, G. A. Tecnologias leves aplicadas ao cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva: uma revisão de literatura. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v. 42, n. 3, p. 191-196, set./out., 2016. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/2494>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

AMORIM, D.N.P. Aplicativos móveis para a saúde e o cuidado de idosos. **Reciis – Rev., Eletron Comun Inf Inov Saúde**. Brasília, v.12, n.1, p.58-71, jan./mar.2018. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1365>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

ANDRADE, P.A. **Avaliação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde: contribuições para a pesquisa & desenvolvimento em biotecnologia em saúde (2004-2014)**. 2015. 269 f. Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2015. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/18930>>. Acesso em: 08 set. 2020.

ARANTES, L.; SHIMIZU, H. E; HAMANN, E. M. Contribuições e desafios da estratégia saúde da família na atenção primária à saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.21, n.5, p.1499-1509, jan., 2016. Disponível em:<<https://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

ARCE, V. A. R.; TEIXEIRA, C. F. Atividades desenvolvidas por profissionais de apoio à saúde da família: revisão da literatura. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 16 n. 3, p. 1.4431.464, set./dez., 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462018000301443>. Acesso em: 20 out. 2020.

BAPTISTA, J.A. *et al.* Projeto terapêutico singular na saúde mental: uma revisão integrativa. **Rev. Bras Enferm.**, v.73, n.2, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v73n2/pt_0034-7167-reben-73-02-e20180508.pdf> Acesso em: 29 set. 2020.

BARILLI, E. C. V. C.; EBECKEN, N. F. F.; CUNHA, G. G. A tecnologia de realidade virtual como recurso para formação em saúde pública a distância: uma aplicação para a aprendizagem dos procedimentos antropométricos. **Ciência & Saúde coletiva**, v. 16, supl. 1, p.1247-1256, 2011. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700057>>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BARRA, D.C.C. *et al.* Métodos para desenvolvimento de aplicativos móveis em saúde: revisão integrativa de literatura. **Texto Contexto Enferm**, v.26, n. 4: e 2260017, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/tce/v26n4/0104-0707-tce-26-04-e2260017.pdf>>. Acesso em: 25 jan. 2021.

BARROS, J.O. *et al.* Estratégia do apoio matricial: a experiência de duas equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) da cidade de São Paulo, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. v. 20, n.9, p.2847-2856, 2015. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.12232014>>. Acesso em: 02 set. 2020.

BELOTTI, M.; LAVRADOR, M.C.C. A prática do apoio matricial e os seus efeitos na Atenção Primária à Saúde. **Cad. Ter. Ocup. UFSCar**, São Carlos, v. 24, n. 2, p. 373-378, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.4322/0104-4931.ctoRE0627>>. Acesso em: 20 out. 2020.

BERNDT, I.S.; SANFELLICE, F. A. N. Projeto terapêutico singular sob a perspectiva de acadêmicos de medicina quanto a negligência à pessoa idosa. **CuidArte, Enferm.**, v.3, n.1, p. 63-68, jan./jun., 2019. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1015427>>. Acesso em: 02 set. 2020.

BONFIM, I.G. *et al.* Apoio matricial em saúde mental na atenção primária à saúde: uma análise da produção científica e documental. **Interface (Botucatu)** [online], v.17, n.45, p.287-300, abr./jun., 2013. ISSN 1807-5762. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S1414-32832013005000012>>. Acesso em: 08 set. 2020.

BORGES, J. W. P.; SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M. Elaboração e validação de tecnologias para o cuidado: caminhos a seguir. In: MOREIRA, T. M. M... [et al.]. **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde**. Fortaleza: EdUECE, 2018, p. 387. Disponível em: <http://www.uece.br/eduece/dmdocuments/TECNOLOGIAS_PARA_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Subsecretaria de Assuntos Administrativos. **Educação Permanente em Saúde: um movimento instituinte de novas práticas no Ministério da Saúde**: Brasília. Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_saude_movimento_instituente.pdf>. Acesso em: 15 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Ciência Tecnologia e Inovação. **Estratégia Nacional de Ciência Tecnologia e Inovação 2016-2022**. Brasília, 2016. Disponível em: <http://www.finep.gov.br/images/afinep/Politica/16_03_2018_Estrategia_Nacional_de_Ciencia_Tecnologia_e_Inovacao_2016_2022.pdf>. Acesso em: 08 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Entendendo a Incorporação de Tecnologias em Saúde no SUS: como se envolver**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/entendendo_incorporacao_tecnologias_sus_envolver.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva. **Guia prático de matriciamento em saúde mental**. (org.)... [et al.]. [Brasília, DF]: Ministério da Saúde Centro de Estudo e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2011, p. 236. Disponível em: <<https://redehumanizaus.net/90969-guia-pratico-de-matriciamento-em-saude-mental/>>. Acesso em: 30 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.124**, de 28 de dezembro de 2012. Redefine os parâmetros de vinculação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) Modalidades 1 e 2 às Equipes Saúde da Família e/ou Equipes de Atenção Básica para populações específicas, cria a Modalidade NASF 3, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt3124_28_12_2012.html>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº. 2.436** de 21 de setembro de 2017. Brasília: Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, 2017. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html>. Acesso em: 04 fev. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Atenção Básica, n. 27, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_do_nasf_nucleo.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 39, 2014. Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/nucleo_apoio_saude_familia_cab39.pdf>. Acesso em: 09 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de atenção domiciliar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, v. 1, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/cad_vol1.pdf>. Acesso em: 13 ago. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Informação e Informática do SUS. **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_informatica_saude_2016.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/clinica_ampliada_equipe_referencia_2ed_2008.pdf>. Acesso em: 11 fev. 2020.

BUSANELLO, J. *et al.* Assistência de enfermagem a portadores de feridas: tecnologias de cuidado desenvolvidas na atenção primária. **Rev. Enferm UFSM**, v.3, n. 1, p. 175-184, jan./abr., 2013. Disponível em: <<https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/8532/pdf>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

CAMARA, A. M. C. S. *et al.* Percepção do processo saúde-doença: significados e valores da educação em saúde. **Rev. Brasileira de Educação Médica**, v. 36, n.1, supl.1, p. 40-50, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0100-550220120006>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

CARNUT, L. Cuidado, integralidade e atenção primária: articulação essencial para refletir sobre o setor saúde no Brasil. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 1177-1186, out./dez., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-11042017000401177&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2020.

CARVALHO, L. G. P. *et al.* A construção de um projeto terapêutico singular com usuário e família: potencialidades e limitações. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 36, n. 3, p. 521-525, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/construcao_projeto_terapeutico_singular_usuario.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2019.

CASTRO, C. P.; OLIVEIRA, M. M.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial no SUS Campinas: análise da consolidação de uma prática interprofissional na rede de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p.1625-1636, 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.19302015>>. Acesso em: 21 out. 2020.

COSTA, L. A. S.; BOTELHO, N. M. Aplicativos móveis e a saúde pública brasileira: uma revisão integrativa. **Revista Conhecimento Online**. Novo Hamburgo, v. 3, n. 12, set./dez., 2020. Disponível em: <<https://periodicos.feevale.br/seer/index.php/revistaconhecimentoonline/article/view/2144>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

CRISTONI, S.M.B. **O projeto terapêutico singular na construção do cuidado em saúde mental**. 2018, 41f. TCC (Programa de Aprimoramento Profissional/SES), elaborado na Faculdade de Medicina de Marília. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/ses-sp/2018/ses-36407/ses-36407-6584.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2020.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. **Cad. Saúde Pública**, v.28, n.2, p.357-66, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012000200014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 24 set. 2020.

DELZIOVO, C. R.; PEDEBÔS, L. A.; PIRES, R. O. M. In. **Clínica ampliada**. Florianópolis. Apostila do curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Universidade Federal de Santa Catarina, Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica, p.42, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

DEPOLE, B. F. **A produção brasileira sobre o projeto terapêutico singular**: revisão de escopo. Dissertação (Mestrado em Terapia Ocupacional) - Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 184f., 2018. Disponível em: <https://repositorio.ufscar.br/bitstream/handle/ufscar/10878/DEPOLE_Barbara_2019.pdf?sequence=4&isAllowed=y>. Acesso em: 5 out. 2020.

DORIGATTI, A.E. *et al.* Projeto Terapêutico Singular no Âmbito da Saúde Mental: uma experiência no curso de graduação em medicina. **Rev. bras. educ. med.** [online]. São Paulo, v.38, n.1, p.113-119, 2014. ISSN 0100-5502. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-55022014000100015&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 23 out. 2020.

FAGUNDES, E. C.; JÚNIOR, M. D. Matriciamento em saúde mental na atenção primária de saúde: o papel do psicólogo no desenvolvimento de ações de matriciamento na atenção primária de saúde envolvendo serviços de saúde mental. **Rev. Pretextos**. Minas Gerais, v. 1, n.2, jul./dez., 2016. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/pretextos/article/view/13610/10504>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

FERNANDES, E. T.P.; SOUZA, M.N.L.; RODRIGUES, S. M. Práticas de grupo do Núcleo de Apoio à Saúde da Família: perspectiva do usuário. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n.1, e290115, 2019. Disponível em:<https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312019000100605>. Acesso em: 08 out. 2020.

FERRO, L.F. *et al.* Interdisciplinaridade e intersetorialidade na estratégia saúde da família e no núcleo de apoio à saúde da família: potencialidades e desafios. **O Mundo da Saúde**. São Paulo, v. 38, n. 2, p. 129-138, 2014. Disponível em: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/155562/A01.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FERTONANI, H. P. *et al.* Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 6, p.1869-1878, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n6/1413-8123-csc-20-06-1869.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FONSECA, L. M. M. *et al.* Tecnologia educacional em saúde: contribuições para enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**, v. 15, n. 1, p. 190-196, jan./mar., 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000100027>. Acesso em: 18 nov. 2020.

FONSÊCA, G. S. *et al.* Itinerário formativo em clínica ampliada: narrativas de uma cirurgiã-dentista. **Revista da Abeno**, v.17, n. 4, p.160-170, 2017. Disponível em: <<https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/517>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro. / Fundação Oswaldo Cruz... [et al.]. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, 2012, p. 323. Disponível em: <https://saudeamanha.fiocruz.br/wp-content/uploads/2016/07/saude-2030livro_0.pdf>. Acesso em: 05 out. 2020.

GADELHA, C.A.G.; BRAGA, P.S.C. Saúde e inovação: dinâmica econômica e Estado de Bem-Estar Social no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 Sup 2:e00150115, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00150115.pdf>. Acesso em: 29 set. 2020.

GAVA, M. *et al.* Incorporação da tecnologia da informação na Atenção Básica do SUS no Nordeste do Brasil: expectativas e experiências. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 891-902, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232016000300891&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 nov. 2020.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010, p.184.

GIOVANELLA, L.; FRANCO, C. M.; ALMEIDA, P. F. Política Nacional de Atenção Básica: para onde vamos? **Ciência & Saúde Coletiva**, v.25, n.4, p.1475-1481, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401475>. Acesso em: 23 out. 2020.

GONÇALVES, R. M. A. *et al.* Estudo do trabalho em núcleos de apoio à saúde da família (nasf). São Paulo: **Rev. bras. Saúde ocup.**, v. 40, n. 131, p. 59-74, 2015. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/rbso/v40n131/0303-7657-rbso-40-131-59.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2019.

GUIMARÃES, B.E.B.; BRANCO, A.B.A.C. Trabalho em Equipe na Atenção Básica à Saúde: Pesquisa Bibliográfica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 143-155, jan./abr., 2020. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-093X2020000100011>. Acesso em: 21 out. 2020.

HADAD, A.C.A.C.; JORGE, A.O. Continuidade do cuidado em rede e os movimentos de redes vivas nas trajetórias do usuário-guia. **Saúde Debate** | Rio de Janeiro, v. 42, n. Especial 4, p. 198-210, dez., 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe4/0103-1104-sdeb-42-spe04-0198.pdf>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

HIRDES, A. A. perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n.2, p. 371-382, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232015000200371&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 set. 2020.

HORI, A. A.; NASCIMENTO, A. F. O projeto terapêutico singular e as práticas de saúde mental nos núcleos de apoio à saúde da família (nasf) em Guarulhos (SP), Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n.8, p. 3561-3571, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/csc/v19n8/1413-8123-csc-19-08-03561.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2019.

JORGE, M.S.B. *et al.* Ferramenta matricial na produção do cuidado integral na estratégia saúde da família. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. 2, p. 26-32, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ape/v25nspe2/pt_05.pdf>. Acesso em: 06 out. 2020.

KINOSHITA, R. T. Projeto terapêutico singular. – relação família e usuários de álcool e outras drogas na rede de atenção psicossocial (raps). – redução de danos no SUS. Florianópolis. Curso de atualização em álcool e outras drogas, da coerção à coesão. Recursos e estratégias do cuidado. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Departamento de Saúde Pública/UFSC, 2014. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1088>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

KOERICH, M.H.A.L. *et al.* Produção tecnológica brasileira na área de enfermagem: avanços e desafios. **Rev Gaú Enferm.** v.32, n. 4, p. 736–743, 2011. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rgenf/v32n4/v32n4a14.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2020.

LANCMAN, S. *et al.* Estudo do trabalho e do trabalhar no Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Rev. Saúde Pública**. v. 47, n. 5, p. 968-75, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-8910.2013047004770>>. Acesso em: 10 fev. 2019.

LIMA, C. A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. bioét.**, v. 22, n.11, p. 152-60, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/bioet/v22n1/a17v22n1.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2019.

LIMA, C. V. C.; MOURA, M. S. R.; CAVALCANTE, M. V. S. projeto terapêutico singular como abordagem multiprofissional no hospital. **Revist. Port.: Saúde e Sociedade**, v. 2, n. 2, p.472482, 2017. Disponível em: <www.seer.ufal.br/index.php/nuspfamed/article/download/3018/2716>. Acesso em: 09 fev. 2019.

LINASSI, J. *et al.* Projeto terapêutico singular: vivenciando uma experiência de implementação. Unijuí: **Revista Contexto & Saúde**, v. 10, n. 20, p.425-434, jan./jun., 2011. Disponível em:<<https://doi.org/10.21527/2176-7114.2011.20.425-434>>. Acesso em: 09 fev. 2019.

LOBATO, LVC. **Políticas Sociais e de Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2012.

LORENZETTI, J. *et al.* Tecnologia, inovação tecnológica e saúde: uma reflexão necessária. **Enferm.**, Florianópolis, 2012 Abr-Jun; 21(2): 432-9. Disponível em: <cielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200023&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 set. 2020.

LORENZETTI, J.; GELBCKE F. L. G.; VANDRESEN, L. Tecnologia para gestão de unidades de internação hospitalares. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 2, 2016. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v25n2/pt_0104-0707-tce-25-02-1770015.pdf>. Acesso em: 07 fev. 2019.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

MARTINEZ, J. F. N.; SILVA, M. S.; SILVA, A. M. O Núcleo de Apoio à Saúde da Família em Goiânia (GO): percepções dos profissionais. **Saúde Debate**, v. 40, n. 110, p. 95-106, jul-set., 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0103-11042016000300095&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 21 out. 2020.

MELO, E. A. *et al.* Dez anos dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (Nasf): problematizando alguns desafios. **Saúde Debate**, v. 42, n. 1, p. 328-340, 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0328.pdf>>. Acesso em: 04 out. 2020.

MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011, p.549. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MENEZES, E.L.C. *et al.* Modos de produção do cuidado e a universalidade do acesso – análise de orientações federais para o trabalho das equipes da APS no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 25(5):1751-1763, 2020. Disponível em: <cielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232020000501751&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho centrada nas tecnologias leves e no campo relacional in saúde em debate, ano XXVII. Rio de Janeiro, v.27, n. 65, set./dez., 2003. Disponível em: <https://www.pucsp.br/prosaude/downloads/territorio/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2019.

MIRANDA, F. A. C.; COELHO E. B. S.; MORÉ, C. L. O. C. O. **Projeto terapêutico singular**. Florianópolis. Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família. Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde, Eixo, 3- A Assistência na Atenção Básica, 2012. Disponível em: <https://unarus.ufsc.br/atencao_basica/files/2017/10/Sa%C3%BAde-e-Sociedadecompressed.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020.

MOREIRA, D.C. *et al.* Atuação do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no fortalecimento da atenção primária: experiências dos agentes comunitários. **Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 3, e290304, 2019. Disponível em: <<https://scielosp.org/article/physis/2019.v29n3/e290304/>>. Acesso em: 26 out. 2020.

MOREIRA, T. M. M. *et al.* **Tecnologias para a promoção e o cuidado em saúde / - Fortaleza**. EdUECE, 2018, p.387: il. Disponível em: <http://uece.br/eduece/dmdocuments/TECNOLOGIAS_PARA_A_PROMOCAO_E_O_CUIDADO_EM_SAUDE.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2020.

MOROSINI, M. V. G. C.; FONSECA, A. F.; BAPTISTA, T. W.F. Previne Brasil, Agência de Desenvolvimento da Atenção Primária e Carteira de Serviços: radicalização da política de privatização da atenção básica? *Cad. Saúde Pública*, v. 36, n. 9, 2020. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/csp/v36n9/1678-4464-csp-36-09-e00040220.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2020.

MOTA, B. **O fim do modelo multiprofissional na Saúde da Família?**. 2020. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/noticias/reportagem/o-fim-do-modelo-multiprofissional-na-saude-da-familia>>. Acesso em: 29 set. 2020.

NASI, C. *et al.* Tecnologias de cuidado em saúde mental para o atendimento ao usuário de crack. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 36, n.1, p.92-7, mar., 2015. Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/279066249_Mental_health_care_technologies_for_treating_crack_users>. Acesso em: 04 fev. 2019.

NÓBREGA, J.S.M. *et al.* Avaliação da satisfação dos usuários em relação às ações do núcleo de apoio à saúde da família num município brasileiro de médio porte. **Revista Ciência Plural**, v. 2, n.1, p.69-88, 2016. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-855847>>. Acesso em: 27 nov. 2019.

NOVAES, M.R.C.G. *et al.* Conflito intergeracional na família. **Rev. Ciências Saúde**, v.24, n.2, p. 169-178, 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/revista_ESCS_v23_n2_a08_conflito_intergeracional_familia.pdf>. Acesso em: 26 out. 2020.

OHARA, E. C. C.; SAITO, R. X. S. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

OLIVEIRA, A.R.F.; ALENCAR, M.S.M. O uso de aplicativos de saúde para dispositivos móveis como fontes de informação e educação em saúde. © RDBCI: **Rev. Digit. Bibliotecon. Cienc. Inf.** Campinas, SP, v. 15, n.1, p.234-245, jan./abr., 2017. Disponível em: <<https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/rdbci/article/view/8648137/15054>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

OROFINO, M.M.; SILVA M.I.L. Narrativas em saúde: quinze minutos de literatura na produção do cuidado em equipe multiprofissional. **Interface** (Botucatu), 24: e190775, 2020. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.190775>>. Acesso em: 27 out. 2020.

PAIVA, C. H. A.; TEIXEIRA, L. A. Reforma sanitária e a criação do sistema único de saúde: notas sobre contextos e autores. Rio de Janeiro: **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 21, n.1, p.15-35, jan./mar, 2014. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2019.

PANISSON, C.; WILLERDING, I. A. V.; LAPOLLI, E. M. Políticas públicas que subsidiam a inovação no brasil. **Revista Brasileira de Tecnologias Sociais**, v. 5. n.1. p.178-192, 2018. Disponível em: <<https://siaiap32.univali.br/seer/index.php/rbts/article/view/13651>>. Acesso em: 08 set. 2020.

PASQUIM, H. M. P.; ARRUDA, M. S. B. Núcleo de apoio à saúde da família: revisão narrativa sobre o apoio matricial na atenção básica. **Corpus et Scientia**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 34-44, jul./dez., 2013. Disponível em: <<http://apl.unisuam.edu.br/revistas/index.php/corpusetscientia/article/view/289>>. Acesso em: 30 ago. 2020.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REIS, S.; MENESES, S. **Novo financiamento da atenção básica**: possíveis impactos sobre o Nasf-AB. 2020. Disponível em: <<http://cebes.org.br/2020/02/novo-financiamento-da-atencao-basica-impactos-sobre-o-nasf-ab>>. Acesso em: 30 set. 2020.

SALCI, M.A. *et al.* Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: algumas reflexões. Florianópolis: **Texto Contexto Enferm**, v. 22 n. 1, p. 224-30, jan./mar., 2013. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27>. Acesso em: 07 fev. 2019.

SALVADOR, P. T. C. O. *et al.* Tecnologia e inovação para o cuidado em enfermagem. **Rev. Enferm UERJ**, v. 20, n. 1, p. 111-7, jan./mar., 2012. Disponível em: <www.facenf.uerj.br/v20n1/v20n1a19.pdf>. Acesso em: 08 fev. 2019.

SAMPAIO, J. *et al.* Processos de Trabalho dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família Junto a Atenção Básica: Implicações para a Articulação de Redes Territoriais de Cuidados em Saúde. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 19, n. 1, p. 41-48, 2015. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-780420>>. Acesso em: 27 out. 2020.

SANTOS, F.P.A.; NERY, A.A.; MATUMOTO, S.A produção do cuidado a usuários com hipertensão arterial e as tecnologias em saúde. **Rev. EscEnferm USP**, v. 47, n. 1, p. 107-14, 2013. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342013000100014>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

SANTOS, M.L.M.; KODJAOGLANIAN, V.L.; FERRARI, F.P. **O nasf em cena**: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2016, p. 178. (Cadernos de Saúde Coletiva; 7). Disponível em: <file:///C:/Users/Pedrinho/AppData/Local/Temp/O%20NASF%20em%20cena.pdf>. Acesso em: 16 nov. 2019.

SILVA, D. O. *et al.* Percepção de profissionais de saúde mental sobre o projeto terapêutico singular. **Revista Cubana de Enfermería**, v.32, n. 4, 2016. Disponível em: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v32n4/enf13416.pdf>. Acesso em: 28 out. 2020.

SILVA, A. I. *et al.* Projeto Terapêutico Singular para Profissionais da Estratégia de Saúde da Família. **Cogitare Enferm**, v.21, n. 3, p.01-08, jul./set., 2016. Disponível em: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/45437/pdf>. Acesso em: 08 nov. 2020

SILVA, H. P.; PETRAMALE, C. A.; ELIAS F. T. S. Avanços e desafios da Política Nacional de Gestão de Tecnologias em Saúde. **Rev. Saúde Pública**, 46(Supl):83-90, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rsp/v46s1/co4220.pdf >. Acesso em: 08 set. 2020.

SILVA, I. C. B. *et al.* O processo de trabalho do núcleo ampliado de saúde da família e atenção básica. **Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1981-77462019000100507&script=sci_arttext>. Acesso em: 04 out. 2020.

SILVA, K.L.S.; SOUZA, M.C.; ESTEVES, C.O. A produção do cuidado fonoaudiológico na Rede de Atenção à Saúde do município de Salvador- BA. **Saúde em Redes**. v.4, n. 2, p. 143-155, 2018. Disponível em: <Revista.redeunida.org.br/ojs/index.php/rede-unida/article/view/908/288>. Acesso em: 28 out. 2020.

SOUZA, A.P. *et al.* Estratégia Saúde da Família e a integralidade do cuidado: percepção dos profissionais. **Rev baiana enferm.**, v. 34:e34935, 2020. Disponível em: <https://pesquisa.bvsa.org/portal/resource/pt/biblio-1115309>. Acesso em: 29 out. 2020.

SOUZA, M.F. **Saúde da família nos municípios brasileiros**: os reflexos dos 20 anos do espelho futuro. Campinas: Saberes Editora, 2014, p.351.

TANNURE, M. C. **Construção e avaliação da aplicabilidade de um software com o processo de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva de adultos**. 2012. 324 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, 2012. Disponível em: <file:///C:/Users/Pedrinho/AppData/Local/Temp/meire_chucre_tannure.pdf>. Acesso em: 29 jun. 2020.

THOFEHRN, M. B. *et al.* Processo de trabalho dos enfermeiros de um hospital da espanha: ênfase nas tecnologias de cuidado. **Rev.Cogitareenferm.**,v.19, n.1,p.141-6, jan./mar., 2014. Disponível em:<https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/35972>.Acesso em:07 fev. 2019.

UCHIDA, T.H. *et. al.* Percepção de profissionais de saúde sobre utilização de tecnologias de informação e comunicação. **Revista Sustinere**, Rio de Janeiro, v. 8, n.1, p. 4-22, jan./jun., 2020. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/sustinere/article/view/51280>. Acesso em: 18 nov. 2020.

VALENTE, J. A. A. comunicação e a educação baseada no uso das tecnologias digitais de informação e comunicação. **Revista UNIFESO – Humanas e Sociais**, v. 1, n. 1, 2014, pp. 141-166. Disponível em: <<https://www.unifeso.edu.br/revista/index.php/revistaunifesohumanasociais/article/viewFile/17/24>>. Acesso em: 5 out. 2020.

VASCONCELOS, M. G. F. *et al.* Projeto terapêutico em saúde mental: práticas e processos nas dimensões constituintes da atenção psicossocial. Botucatu: **Interface**, v. 20, n. 57, p. 313-23, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622015.0231>>. Acesso em: 07 fev. 2019.

VEIGA, J. Aplicações móveis com interação médico-paciente para um estilo de vida saudável: uma revisão sistemática. **Rev. Eletron Comun Inf Inov Saúde**. v. 11, n. 1, jan./mar., 2017. Disponível em: <<https://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/1188>>. Acesso em: 17 nov. 2020.

VERDI M. I. M.; FREITAS, T. G.; SOUZA T. T. **Projeto de saúde no território**. Florianópolis. Apostila do curso de especialização multiprofissional em saúde da família. Universidade Federal de Santa Catarina, Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica, 2012. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/1090>>. Acesso em: 08 fev. 2019.

VIANNA, C.M.M. *et al.* **Articulação entre os interesses produtivos e sociais da saúde no Sistema Nacional de Inovação de Saúde**: a experiência do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 32 Sup2: e00189414, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v32s2/pt_1678-4464-csp-32-s2-e00189414.pdf>. Acesso em: 30 set. 2020.

VIEIRA-DA-SILVA, L. M.; SILVA, G. A. P.; ESPERIDIÃO, M. A. Avaliação da implantação da Política Nacional de Ciência, Tecnologia e Inovação em Saúde no Brasil. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. especial 3, p. 87-98, set., 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/sdeb/v41nspe3/0103-1104-sdeb-41-spe3-0087.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2020.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a):

Venho por meio deste, solicitar a sua participação e contribuição para o desenvolvimento desta pesquisa, a qual propõe criar uma TECNOLOGIA PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA e tem como pesquisador responsável a mestranda Jaqueline Gonçalves Pedro e como orientadora a Prof^a. Dra. Daiane Medeiros da Silva, buscando, a partir de um devido esclarecimento acerca dos objetivos da pesquisa a realização de uma entrevista que visa à coleta de informações disponíveis, a fim de colaborar com a pesquisa. A mesma, por sua vez, apresenta como objetivo geral: Construir uma ferramenta tecnológica (aplicativo) que viabilize a elaboração do Projeto Terapêutico Singular pelas Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. E objetivos específicos: Promover a articulação entre as Equipes de Saúde da Família e Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica. Neste contexto, a pesquisa torna-se relevante por trazer à tona uma temática extremamente atual e de importância para a saúde pública, além de suscitar a possibilidade de oferecer alternativas para se trabalhar na busca de uma aproximação à temática. Desta forma, solicito sua autorização, para realizar uma entrevista, e após a conclusão do estudo apresentar em eventos científicos e publicar em revistas científicas. Informo-lhe que esta investigação, poderá acarretar riscos mínimos que podem ser de ordem física, emocional ou psicológica, mas que serão superados pelos benefícios da mesma e comprometo-me em manter seu nome em sigilo caso decida contribuir, resalto ainda, que sua participação é voluntária, e caso decida não participar do estudo ou desistir a qualquer momento, estará em seu direito. Estando ainda a pesquisadora associada a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos sua contribuição na realização dessa pesquisa. Eu, _____, declaro que entendi os objetivos, e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE¹.

Cajazeiras-PB, ____/____/2019.

Jaqueline Gonçalves Pedro
Pesquisadora Responsável

Participante da Pesquisa

1. Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Avenida Frei Galvão, nº. 12 Gramame . CEP: 58067-695, João Pessoa (PB), Brasil. Telefone: (83) 2106-4790. 2. Endereço pesquisadora responsável. Raimundo Nogueira de Souza, 60D, Cajazeiras-PB.

APÊNDICE B - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS

Caracterização dos participantes

Formação:

Tempo de atuação no serviço:

Tipo de vínculo:

1. O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas para um sujeito individual ou coletivo.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

2. O PTS é resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar com apoio matricial se necessário.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

3. O PTS, geralmente é dedicado a situações mais complexas.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

4. O PTS é uma reunião de toda a equipe em que as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

5. Na reunião para construção do PTS são definidas propostas de ações.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado

- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado.

Comentário: _____

6. O PTS contém quatro momentos: diagnóstico, definição de metas, divisão de responsabilidades e reavaliação.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

6.1 No diagnóstico deve conter: avaliação orgânica, psicológica e social que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos e da vulnerabilidade do usuário.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

6.1.1 Deve tentar captar como o Sujeito singular se produz diante de forças como as doenças, os desejos e os interesses, assim como o trabalho, a cultura, a família e a rede social.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

6.2 Na definição de metas a equipe deve fazer propostas de curto, médio e longo prazo, que serão negociadas com o Sujeito doente pelo membro da equipe que tiver melhor vínculo.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

6.3 Na divisão de responsabilidades é importante definir as tarefas de cada um com clareza.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

6.4 A reavaliação é o momento em que se discutirá a evolução e se farão as devidas correções de rumo.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

7. Cada membro da equipe, a partir dos vínculos que construiu, trará para a reunião aspectos distintos e poderá receber tarefas diferenciadas, de acordo com a intensidade e a qualidade desse vínculo.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

8. Os profissionais que tenham vínculo mais estreito com o usuário ou família devem assumir mais responsabilidade na coordenação do PTS.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

9. Uma estratégia que as equipes podem utilizar é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões exclusivas do PTS.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

10. O tempo mais dilatado de formulação e acompanhamento do PTS depende da característica de cada serviço.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

11. O encorajamento e o apoio podem contribuir para evitar uma atitude passiva por parte do usuário.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado

- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

12. As discussões para construção e acompanhamento do PTS são uma excelente oportunidade para a valorização dos trabalhadores da equipe de saúde.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

13. Uma importante utilidade gerencial dos encontros de PTS é o matriciamento com (outros) especialistas.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

14. A inserção da família no PTS pode ocorrer durante a visita domiciliar, o que permitirá vivenciar a realidade, antes apenas relatada.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

15. O desenvolvimento da autonomia dos usuários devem ser incluídos nas ações do PTS, pois se efetiva quando a família e as redes sociais se envolvem no cuidado, por meio da troca de informações e concretização das ações.

- (1) Nem um pouco apropriado
- (2) Um pouco apropriado
- (3) Moderadamente apropriado
- (4) Muito apropriado
- (5) Completamente apropriado

Comentário: _____

APÊNDICE C - TERMO DE COMPROMISSO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL

Declaro que conheço e cumprirei as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares em todas as fases da pesquisa Intitulada “TECNOLOGIA PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA”. Comprometo-me submeter o protocolo à PLATBR, devidamente instruído ao CEP, aguardando o pronunciamento desse antes de iniciar a pesquisa, a utilizar os dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e que os resultados desta investigação serão tornados públicos tão logo sejam consistentes, sendo estes favoráveis ou não, e que será enviado o relatório final pela PLATBR, Via **Notificação** ao Comitê de Ética em Pesquisa Facene/Famene até o dia 31 de dezembro de 2019, como previsto no cronograma de execução.

Em caso de alteração do conteúdo do projeto (número de sujeitos de pesquisa, objetivos, título, etc.) comprometo comunicar o ocorrido em tempo real, através da PLABR, via **Emenda**.

Declaro encaminhar os resultados da pesquisa para publicação na Revista de Ciências da Saúde Nova Esperança da Facene/Famene, com os devidos créditos aos pesquisadores associados integrantes do projeto, como também os resultados do estudo serão divulgados na Secretaria de Saúde de Cajazeiras, onde os mesmos serão coletados, como preconiza a Resolução 466/2012 MS/CNS e a Norma Operacional N^o 001/2013 MS/CNS.

Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida Resolução.

Cajazeiras-PB, 10 de abril de 2019.

Assinatura da pesquisadora responsável

APÊNDICE D - CERTIDÃO DA PESQUISADORA RESPONSÁVEL



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 4º Reunião Ordinária realizada em 09 de maio 2019. Após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado **“TECNOLOGIA PARA VIABILIZAR A CONSTRUÇÃO DO PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR NOS SERVIÇOS DE ATENÇÃO BÁSICA”** Protocolo CEP: 32/2019 e CAAE: 12895619.5.0000.5179. Pesquisadora Responsável: JAQUELINE GONÇALVES PEDRO e Pesquisadoras Participantes: DAIANE MEDEIROS DA SILVA; RAFAELA GERBASI NÓBREGA; VILMA FELIPE COSTA DE MELO.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para janeiro de 2020, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 09 de maio de 2019.

Rosa Rita da Conceição Marques
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -
 FACENE/FAMENE