

**UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE – UNIPLAC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM AMBIENTE E SAÚDE**

AUDRILARA ARRUDA RODRIGUES CAMPOS

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, PANORAMA E DESAFIOS: A
PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS
EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE SANTA
CATARINA**

LAGES (SC), Março de 2015

AUDRILARA ARRUDA RODRIGUES CAMPOS

**REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, PANORAMA E DESAFIOS: A
PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS
EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE SANTA
CATARINA**

Dissertação de Mestrado apresentada
como requisito para a obtenção do
título de Mestre em Ambiente e Saúde
do Programa de Pós-Graduação em
Ambiente e Saúde, da Universidade do
Planalto Catarinense - UNIPLAC

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria
Conceição de Oliveira

LAGES (SC), Março de 2015



**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM AMBIENTE E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO**

“Redes de Atenção à Saúde, Panorama e Desafios: A Percepção de Gestores, Profissionais e Usuários em um Município de Médio Porte de Santa Catarina”

Dissertação submetida ao colegiado do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde – Mestrado Acadêmico em cumprimento parcial para a obtenção do título de Mestre em Ambiente e Saúde, na Linha de Pesquisa Ambiente, Sociedade e Saúde.

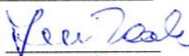
APROVADA PELA COMISSÃO EXAMINADORA em 13/03/2015.

Profª. Dra. Maria Conceição de Oliveira (Orientadora)

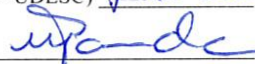


Prof. Dr. Álvaro Menin (Coorientador)

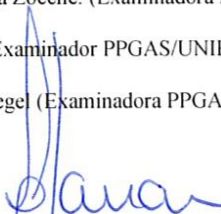
Profª. Dra. Denise Antunes de Azambuja Zocche: (Examinadora Externa – UDESC)




Profª. Dra. Marina Patricio de Arruda (Examinador PPGAS/UNIPLAC)



Profª. Dra. Juliana C. Lessmann Reckziegel (Examinadora PPGAS/UNIPLAC Suplente)



**Profª. Dra. Lilia Ap³ Casagrande de Oliveira
Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Ambiente e Saúde**


**Audrilara Arruda Rodrigues Campos
Lages, Santa Catarina, março de 2015.**

Ficha Catalográfica

C198r	Campos, Audrilara Arruda Rodrigues. Redes de atenção à saúde, panorama e desafios: a percepção de gestores, profissionais e usuários em um município de médio porte de Santa Catarina / Audrilara Arruda Rodrigues Campos.-- Lages (SC), 2015. 110f.
Catarinense.	Dissertação (Mestrado) - Universidade do Planalto Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde da Universidade do Planalto Catarinense. Orientadora: Maria Conceição de Oliveira.
Conceição de.	1. Sistema Único de Saúde. 2. Assistência à saúde. 3. Atenção primária à saúde. I. Oliveira, Maria II. Título.
362.10981	CDD

(Elaborada pelo Bibliotecário José Francisco da Silva - CRB-14/570)

Dedico este trabalho às pessoas a quem devo à minha vida e com as quais mais aprendi; meu pai Antonio, minha supermãe Carmem, ao meu querido marido Júnior e à luz da minha vida, meus filhos, Camila e Eduardo.

Minha família: minha fortaleza, minha vida, meu tudo. Meu amor por vocês é infundável e incondicional.

AGRADECIMENTOS

À Deus... hoje mais do que nunca sei que a cada passo que dou em minha vida é a Tua força que me conduz à vitória! E sei que essa força jamais me abandonará e me impulsionará a seguir sempre em frente em qualquer caminho...

Aos meus pais, Antonio e Carmem, pelo amor, compreensão, paciência, incentivo, confiança e dedicação, principalmente nas horas difíceis... e pela participação constante nas etapas conquistadas. Obrigada! Amo vocês!

Ao meu marido Júnior que sempre caminhou ao meu lado com respeito e compreensão e mesmo nos momentos mais difíceis, soube acolher minhas incertezas e com muito carinho soube me apoiar e tranquilizar não só na trajetória desse estudo, mas na jornada de minha vida!

Aos meus filhos Camila e Eduardo, a razão de todas as minhas buscas... que, souberam compreender as ausências da mamãe. Filhos, obrigada por trazer luz à minha vida, fazendo com que a cada dia eu tenha a certeza que vocês são o maior presente de Deus. Amo Vocês!

As minhas irmãs Thamara e Stephanie; e ao meu sobrinho Lucas, por compreenderem o momento incansável o qual estava passando. A vocês minha eterna gratidão.

A minha orientadora Prof^a. Maria Conceição de Oliveira, pela dedicação de um verdadeiro mestre, que busca socializar a sua sabedoria e nos incentiva na conquista de novos horizontes. Obrigada por essa oportunidade.

À minha anja Adriana Zanqueta Wilbert Ito, mestre de minha vida profissional na docência, quando nem eu mesma confiava, ela sempre acreditava na minha capacidade de ultrapassar as fronteiras e vencer. Amiga, obrigada, por me fazer descobrir o meu verdadeiro amor... a docência, e ser corresponsável por todas as minhas vitórias! Feliz a pessoa que encontra uma anja aqui na terra...

A professora Marina Patrício de Arruda, pelo seu carinho, compreensão, disponibilidade e sempre sorridente nos acolhe, que soube com seus ensinamentos me trazer valiosas contribuições para este estudo na banca de qualificação.

A professora Denise Antunes de Azambuja Zocche, por terem aceitado participar da banca de defesa dessa dissertação e por ter a certeza de trazerem considerações valiosas para este estudo.

A todos os colegas de mestrado, que de uma forma ou de outra me ajudaram no decorrer destes anos, que estiveram comigo nesta caminhada às vezes tão árdua, rumo a formação profissional.

À Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC, pelo apoio nos momentos em que se fizeram necessários na condução do mestrado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde (PPGAS) pelo trabalho realizado no Curso de Mestrado, e, pela dedicação em dar o melhor de cada um de vocês para a efetivação do mesmo.

Ao público alvo da pesquisa, gestores, profissionais de saúde da ESF e usuários, pois sem a colaboração, o acolhimento, a disponibilidade e a atenção de vocês este trabalho não seria possível. Muito obrigada.

A todos que contribuíram para que este sonho se tornasse realidade meu muito obrigado!!!

Quando nada mais parece ajudar, eu vou e olho o cortador de pedras, martelando sua rocha, talvez, cem vezes, sem que uma só rachadura apareça. No entanto, na centésima primeira martelada, a pedra se abre em duas, e eu sei que não foi aquela a que conseguiu, mas todas as que vieram antes.

Jacob Rttis

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é considerado um dos melhores sistemas sanitários existentes, mas necessita superar desafios. Cotidianamente são descobertas denúncias da ineficiência dos serviços de saúde, as dificuldades para realização de atendimentos, ocasionando descredito dos serviços públicos. Parte-se do pressuposto que, no Brasil, o modelo assistencial na atualidade é de um sistema fragmentado de atenção à saúde que configura a crise fundamental da saúde no país. É neste momento que surgem as Redes de Atenção à Saúde – RAS em substituição ao modelo vigente como uma das possibilidades de superar esta lacuna. Este estudo teve como objetivo analisar a percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde em um município de médio porte do Estado de Santa Catarina. Os aportes teóricos trabalhados no corpo desta pesquisa se referem ao Modelo de Atenção à Saúde no Brasil, Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade. Fundamentou-se na perspectiva da hermenêutica-dialética, desenvolvida através do decálogo proposto por Minayo (2012) a partir da abordagem quali-qualitativa, distribuídas em dez etapas da investigação, a partir de uma pesquisa de campo, bibliográfica e exploratória. Foi realizada no município de Lages-SC; tendo como participantes da pesquisa uma amostra de 30% das UBS, ou seja, 06 gestores da UBS e 06 da rede de atendimento, totalizando 12 entrevistados a partir de um roteiro semiestruturado de perguntas; com os profissionais das UBS foi utilizado grupo focal. Participaram da pesquisa de 05 a 10 usuários de cada local, sendo estes escolhidos de forma aleatória, em cada uma das UBS e demais serviços que compõem a rede, perfazendo um total de 70 entrevistados. Análise dos dados aconteceu através da análise descritiva de frequência simples, seguindo a forma de decálogo por agrupamento delimitadas em categorias e subcategorias. Quanto aos procedimentos éticos estes estão em conformidade com a Resolução 466/12 e apresentação do TCLE aos participantes da pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, sob o parecer nº 091-2013. Por fim, a pesquisa revelou fragilidades na estrutura e funcionamento das redes, como dificuldade no acesso, deficiência na articulação e comunicação entre os diferentes pontos da rede. Os resultados indicam a deficiência na compreensão dos profissionais acerca das RAS como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde; a fragilidade institucional do SUS com falta de continuidade da atenção em saúde e infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde e dos demais

serviços que compõem a rede. Por parte dos usuários ficou evidenciado a excessiva utilização da UBS na atenção às condições agudas dificulta o processo de consolidação das RAS. Portanto, o estudo conclui não existir uma RASs efetiva no município, ainda está incipiente o que dificulta o alcance da integralidade na perspectiva do cuidado, bem como a necessidade de articulação entre todos os atores envolvidos no processo, para que sejam superados os obstáculos através de estratégias que assegurem a efetivação das RASs.

Palavras-Chave: Saúde; Redes de Atenção à Saúde; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

The Unified Health System (SUS) is considered one of the best existing health systems, but it needs to overcome challenges. We daily face with complaints of inefficiency of health services, difficulties in conducting consultations, which causes discredit public services. This also assumes that, in Brazil, the care model today is a fragmented system of health care that sets the fundamental crisis of health in the country. From this point that Health Care Networks - RAS arises in order to replace the current model as one of the possibilities to overcome this gap. This study aimed to analyze the perception of managers, health professionals and users on the Health Care Networks in a medium-sized municipality in the state of Santa Catarina. The theoretical contributions worked in this research refer to the Health Care Model in Brazil, Primary Health Care, Health Care Networks, Interdisciplinary and Intersectoriality. This research has based on the perspective of hermeneutic-dialectic, developed through the decalogue proposed by Minayo (2012) from the qualitative and quantitative approach, divided into ten stages of research, from field, literature and exploratory research. It was carried out in Lages, SC; having as research participants a sample of 30% UBS, that is 06 UBS managers and 06 of the service network, totaling 12 respondents from a semi-structured interview guide; with UBS` professionals focus group was used. The participants were 05-10 users of each site, who were chosen at random in each of UBS and other services that constitute the network, adding up 70 respondents. Analysis of the data was made through descriptive analysis of single frequency, following the Decalogue by grouping defined in categories and subcategories. Regarding ethical procedures, they comply Resolution 196/96 and 466/12 and presentation of IC to the research participants and approved by the Research Ethics Committee of UNIPLAC, under the number 091-2013. Finally, the study revealed weaknesses in the design and operation of networks, such as difficulty in access, deficient articulation and communication between different network points. The results indicate a deficiency in understanding the professionals about the RAS as a health care system organization strategy; SUS institutional weakness with lack of continuity of health care and inadequate infrastructure of basic health units and other services that constitute the network. According to users, it is evidenced the excessive use of UBS in the care of acute conditions hinders the RAS consolidation. Therefore, the study concludes there is no effective RASs in the city, thus it is still in its infancy, making it impossible to

completeness in the perspective of care, and the need for coordination between all the actors involved in the process, so that obstacles are overcome through strategies that ensure the effectiveness of the RASS.

Keywords: Health; Health Care Networks; Primary Health Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1 – Representação do modelo de saúde sob a forma de uma rede hierarquizada, piramidal, organizada de acordo com cada nível de atenção à saúde. 24
- Figura 2 – Representação da organização da RAS, de modo que se configura como sendo a principal estratégia para a coordenação do cuidado em saúde. 24

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Estruturação das Redes	54
Gráfico 2 – Facilidades, dificuldades e desafios para estruturação das RAS	56
Gráfico 3 – Articulação entre APS e demais níveis de atenção à saúde	58
Gráfico 4 – Características de um sistema integrado de saúde.....	59
Gráfico 5 – Motivos da procura pela UBS	64
Gráfico 6 – Procura por outros serviços de saúde	65
Gráfico 7 – Expectativa na resolução de problemas pelos serviços de saúde.....	66
Gráfico 8 – Dificuldades de informações pela UBS	67
Gráfico 9 – Tipo de dificuldades	68
Gráfico 10 – Qualidade dos serviços de saúde.....	69
Gráfico 11 – Acesso aos serviços de saúde	70
Gráfico 12 – Serviços integrados da RAS.....	71
Gráfico 13 – Condutas tomadas pela UBS com os usuários	72

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil Socioprofissional dos gestores da ESF e Rede de Atendimento.....	50
Tabela 2 – Perfil dos usuários da UBS e Rede de Atendimento	62

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica
ACS - Agente Comunitário de Saúde
APS – Atenção Primária à Saúde
CEP – Comitê de Ética e Pesquisa
CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde
ESF – Estratégia de Saúde da Família
GAB – Gestores da Atenção Básica
GF – Grupo Focal
GR – Gestores da Rede
LOS – Lei Orgânica da Saúde
NOAS – Norma Operacional Básica
NOB – Norma Operacional Básica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PAB – Piso Assistencial Básico
PET – Programa de Educação pelo Trabalho
PPGAS – Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde
PSF – Programa de Saúde da Família
RAS – Rede de Atenção à Saúde
RASSs – Redes de Atenção à Saúde
RUE – Rede de Urgência e Emergência
SC – Santa Catarina
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE – Termo de Consentimento Livre Esclarecido
THD – Técnico de Higiene Dental
UBS – Unidade Básica de Saúde
UNIPLAC – Universidade do Planalto Catarinense

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	23
CAPÍTULO 1 REVISÃO DE LITERATURA	27
1.1 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL	27
1.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	30
1.3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	33
1.4 INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE: DESAFIOS NA RAS.....	36
CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DO ESTUDO	40
2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO.....	40
2.1. 1. Pressupostos Teóricos.....	40
2.1.2. Natureza da Pesquisa	41
2.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA	43
2.2.1. Escolha e Seleção dos Participantes	43
2.3 PROCEDIMENTOS	44
2.3.1. Equipamentos e Materiais.....	44
2.3.1.1. Instrumento de Pesquisa	44
2.3.2 Coleta e Registro de Dados.....	45
2.3.3 Análise de Dados	47
2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS.....	48
2.4.1 Análise de Riscos e Benefícios.....	48
2.4.2 Critérios para Encerrar a Pesquisa	48
2.4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão de Participantes	49
CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE	50
3.1 PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE RASS	50
3.1.1 Caracterização Socioprofissional dos Gestores da ESF.....	50

3.1.2	Percepções sobre as RASs	52
3.2	A Percepção de usuários dos serviços de saúde	61
3.2.1	Caracterização do Perfil de Usuários dos Serviços da rede de saúde	61
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
	CAPÍTULO 4. ARTIGO CIENTÍFICO	79
4.1	ARTIGO – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, PANORAMA E DESAFIOS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE SANTA CATARINA.....	79
	REFERÊNCIAS	96
	APÊNDICE A – Roteiro para Grupo Focal com os Profissionais dos Serviços.....	102
	APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com Gestores	103
	APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista com Usuários.....	104
	ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE	107
	ANEXO B – Termo de Avaliação e Aprovação	110

INTRODUÇÃO

No processo histórico da estruturação atual do modelo assistencial brasileiro, a Constituição Federal de 1988 é um marco importante para o setor de saúde porque se definiu como setor de relevância pública, ficando o estado, a partir desta definição, obrigado a garantir, independente de solicitação, as condições necessárias ao atendimento à saúde da população.

A conquista da saúde como direito legítimo de cidadania é um fundamento básico da Saúde como estratégia de mudança, significa repensar as práticas e os conhecimentos de todas as pessoas envolvidas no processo de produção social da saúde.

A partir disto surge o Modelo de Saúde da Família implantado em 1994 que busca viabilizar o Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios, e deve portanto, estar distinto dos demais programas tradicionais do setor saúde, pois, estes se configuram na maioria das vezes, em ações paralelas contrárias a lógica do sistema de saúde. O entendimento do que significa a Estratégia de Saúde da Família (ESF) só é possível em contraposição ao modelo atual, buscando como objeto de atenção o indivíduo enquanto membro de uma família e um cidadão da comunidade (BRASIL, 2006).

Nesse contexto surge a Atenção Primária à Saúde (APS) que se caracteriza por uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento diversificado de “atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, ou seja, atividades de saúde pública, onde se pode destacar que a APS está colocada ao centro dos sistemas” (MENDES, 2011, p. 84) conforme figura². Porém, a figura¹ representa o modelo de saúde sob a forma de uma “rede hierarquizada, piramidal, organizada de acordo com cada nível de atenção à saúde” (MENDES, 2011, p. 84).

Figura 1 – Representação do modelo de saúde sob a forma de uma rede hierarquizada, piramidal, organizada de acordo com cada nível de atenção à saúde.

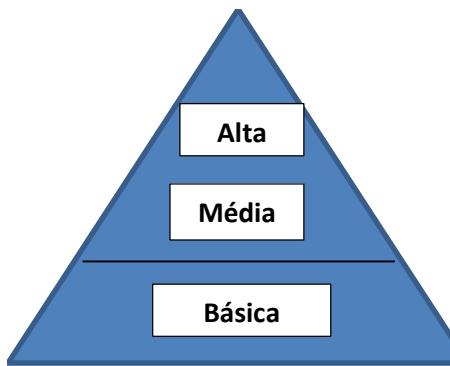
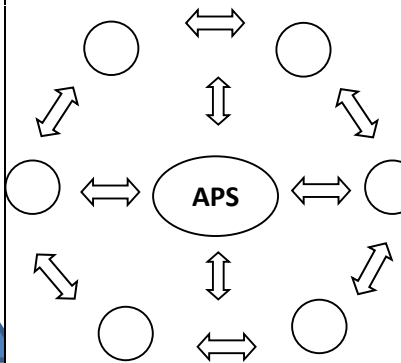


Figura 2 – Representação da organização da RAS, de modo que se configura como sendo a principal estratégia para a coordenação do cuidado em saúde.



Fonte: Mendes (2011, p.84)

Desta forma, a APS se torna extremamente importante para a organização da RAS, onde se configura como sendo a principal estratégia para a coordenação do cuidado em saúde. De acordo com Mendes (2011, p. 98), ao identificar a

[...] fragmentação do SUS e o desalinhamento do sistema, a implantação da RAS surge como forma de superar esses problemas, propondo que, “coordenem o sistema, reduzam as redundâncias, alinhem os objetivos com os incentivos financeiros, promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança.

Nas RAS, a concepção de hierarquia é substituída e o sistema se organiza sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde.

As RAS surgem formalmente, através da Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que a define como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes

densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado” (BRASIL, 2010, n.p.).

As RAS são conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, objetivos comuns, que permite ofertar uma “atenção primária prestada em tempo certo, lugar certo, custo certo, com qualidade, de forma humanizada, com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população”, conforme indica Mendes (2010, p. 2300).

Para tanto, esta pesquisa se justifica pela sua relevância ao analisar a percepção dos gestores, profissionais e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde em um município de médio porte do estado de Santa Catarina. Destaca-se ainda a inovação deste trabalho por conta das lacunas existentes em termos de pesquisas acerca das RAS no Brasil. Exemplo disto é o investimento financeiro do Ministério da Saúde em ensino, pesquisa e extensão, em projetos como PET- Redes de Atenção à Saúde, onde a Uniplac participou da seleção e está executando três grupos: o PET na Rede Cegonha, PET Rede Psicossocial e PET Rede de Urgência e Emergência.

A organização e fortalecimento das redes é uma resposta premente, diante da fragmentação do sistema de saúde. Uma vez que esta estratégia da estruturação das RAS é bastante recente esta proposta se justifica pela inexistência de pesquisas que evidenciem como está o processo de implantação das RAS nos diferentes contextos.

Esta dissertação está composta por quatro capítulos. O primeiro capítulo aborda a contextualização do objeto de estudo, a partir do referencial teórico sobre o Modelo de Atenção à Saúde no Brasil, Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade.

O segundo capítulo trata da metodologia empregada neste trabalho, com definição dos procedimentos utilizados para a coleta e análise dos dados. No terceiro capítulo será tratado sobre os resultados e discussão dos dados da pesquisa.

No quarto capítulo, apresenta-se o artigo científico com resultados e discussão dos dados que integram a pesquisa. E por último serão apresentadas as considerações finais.

Diante disto, pretende-se com esta pesquisa entender: Qual a percepção de gestores, profissionais e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde de um município de médio porte do estado de Santa Catarina?

Para tanto, tem-se como objetivos específicos da pesquisa verificar o entendimento de gestores, profissionais da saúde e usuários sobre como está a implantação, estruturação e organização das RAS; identificar as facilidades e dificuldades dos entrevistados para a estruturação das RAS no município; conhecer a compreensão dos entrevistados a cerca da sistemática de funcionamento da Atenção Básica e se estas atendem às reais necessidades da população nas RAS; verificar como se estabelece a articulação entre APS e os demais níveis de atenção a saúde.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são apontadas como nova possibilidade no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2010), a partir da identificação da insuficiência do modelo de saúde vigente que não tem conseguido alcançar respostas resolutivas aos desafios sanitários: persistência de práticas de cunho curativas, centrados no médico, com fragmentação de ações e serviços, baixa eficiência na aplicação dos recursos, precarização e carência de profissionais alinhados com a política pública e configuração inadequada de modelos de atenção, dentre outros. Este trabalho parte da premissa da necessidade de pesquisas acerca da estruturação das RAS em contextos locais específicos, devido ao seu caráter inovador enquanto nova proposta de organização de serviços visando alcançar melhores práticas clínicas com mecanismos organizacionais mais eficientes.

Simultaneamente a discussão sobre RAS com equipes de atenção primária em saúde, com gestores e usuários contribuirão para a formulação de diretrizes que auxiliem na implantação, estruturação e organização das redes de atenção no município.

CAPÍTULO 1 REVISÃO DE LITERATURA

Buscando o entendimento significativo para este estudo, apresentam-se os aportes teóricos principais que guiou a pesquisa, permitindo ampliar os conhecimentos sobre o que já se tem abordado sobre o objeto de estudo e as lacunas que ainda poderão ser desvendadas. Na perspectiva desta compreensão, será discorrido sobre a temática articulando os seguintes aspectos: O Modelo de Atenção à Saúde no Brasil, Atenção Primária à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Interdisciplinaridade e Intersetorialidade.

1.1 O MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE NO BRASIL

Com a promulgação da Constituição Federal de 1988, a saúde passou a ser um direito social, de base legal, um novo modelo de atenção à saúde no país, o Sistema Único de Saúde - SUS.

O movimento da Reforma Sanitária lutou para a concretização do Sistema Único de Saúde – SUS, bem como provou sua força ao inscrever em dispositivos legais um olhar ampliado sobre o conceito de saúde, tendo como conquistas a Lei de nº 8.080, que por sua vez culmina com o surgimento da Lei de nº 8.142 que prevê a participação comunitária no SUS, que juntas formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS).

Segundo a Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990,

a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País”. Parágrafo Único – Dizem respeito à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social (BRASIL, 1990)

Apesar dos avanços legais, as transformações que estas leis sugerem não se efetivaram na prática. Visto que a luta em prol da efetivação do SUS, não é um movimento individualizado, mas da sociedade como um todo.

Até a promulgação da Constituição, a saúde era entendida como a ausência de doenças, como um estado de bem estar físico e mental, conceito este utilizado pela OMS (1978). Esta compreensão contribuía para que o sistema fosse organizado para atender primeiro, à procura pela assistência médica curativa. Conforme Lampert (2002, p.58) havia assim uma predominância a “lógica hospitalocêntrica, biologicista, seguindo o modelo flexneriano”. Onde as ações de saúde pública, não eram prioridade, ou seja, ao menos em situações de epidemias.

A partir daí, surge um novo conceito ampliado de saúde, a partir da Constituição Federal de 1988, trazendo um novo outro olhar para a saúde, com avanços no que tange não só aos determinantes biológicos, mas de outros fatores que interferem relativamente no processo saúde e doença como: educação, habitação, saneamento, trabalho, lazer, entre outros.

Desta forma, a saúde passou a exigir novas práticas dos serviços de saúde, e um olhar mais abrangente por meio do conhecimento de diferentes áreas do saber, dando ênfase as ações de cunho preventivo e coletivo.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, sancionada em setembro de 1990, regulamentou os princípios constitucionais do setor saúde e indicou medidas indispensáveis a reformulação do Sistema de Saúde no Brasil. A partir dos preceitos constitucionais, a construção do SUS se norteia pela universalidade, equidade e integralidade. O SUS define que o acesso da população à rede dar-se-á através dos serviços de nível primário de atenção e os demais níveis como secundário e terciário devem ser referenciados. Assim, a rede de serviços possibilitará maior conhecimento dos problemas de saúde da população.

A criação do SUS e as Normas Operacionais Básicas (NOB) nº 01/93 e 01/96 estabelece os sistemas de saúde como forma de implementar os princípios definidos pela constituição através da descentralização, regionalização e integração com as redes assistenciais como diretrizes fundamentais, exigindo-se dos profissionais de saúde novas práticas na gestão. Desta forma, percebe-se a necessidade de se ter profissionais com um novo

perfil para atuar no sistema, a partir da perspectiva multiprofissional e interdisciplinar.

Conforme destaca Silva (2011, p. 2755) “é importante lembrar que o SUS deve se organizar em redes, conforme determina a Constituição e, portanto, esse tema esteve presente, de forma explícita ou implícita, na agenda da reforma sanitária desde o seu início”.

Ainda de acordo com Silva (2011, p. 2755) a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) “teve como um dos seus principais objetivos suprir essa lacuna, dando proeminência à necessidade de formação de redes integradas”.

A NOAS teve muitas dificuldades de implementação e isso se deve, conforme Silva (2011, p. 2755)

Segundo alguns autores, à proposição de regras rígidas na reorganização dos serviços regionais, que se mostrou incoerente com as condições existentes e a não consolidação de uma governança regional e intermunicipal, fator indispensável para a articulação da interdependência entre municípios e destes com o governo estadual.

No entanto, com a publicação do Pacto pela Saúde, em 2006, aprovado e regulamentado pelas portarias ministeriais n° 399 e 699. Para Silva (2011, p.2755) o “Pacto se propõe a substituir o formato rígido da NOAS por pactuação mais flexível, que resulte em construção de arranjos que contribuam para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes”.

Conforme pontuado por Silva (2011, p. 2755) o Ministério da Saúde enfatiza a importância da organização de redes de atenção à saúde no SUS, definindo-as como

[...] estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos.

O que nos faz perceber que são muitos os desafios a serem superados para que se constitua de fato o trabalho das redes de atenção à saúde.

1.2. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com Lavras (2011, p. 868) a utilização do termo Atenção Primária à Saúde (APS)

[...] expressa comumente o entendimento de uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, que se caracteriza pelo desenvolvimento de conjunto bastante diversificado de atividades clínicas de baixa densidade tecnológica, o que inclui, em muitos países, como no Brasil, as atividades de saúde pública.

Esses espaços se caracterizam como porta de entrada do sistema único de saúde, espaços estes onde deve ser realizado o primeiro contato com os usuários para identificação das necessidades trazidas pelos usuários do território de abrangência. Percebe-se que é comum as pessoas associarem as UBS a atendimentos realizados apenas para as populações em situações de vulnerabilidades sociais, não identificando o SUS como uma política pública de acesso universal e igualitário, que trabalha na perspectiva do coletivo.

As chamadas “*doenças sociais*” caminham quase como pano de fundo, desencadeando outros processos. “A vida doméstica e comunitária não é isolada, mas inserida na dinâmica política e econômica da sociedade como um todo” (VASCONCELOS, 1999, p. 12).

Ainda conforme Lavras (2011, p. 869) o “marco histórico da atenção primária à saúde é a Declaração de Alma-Ata, cidade da URSS, onde em 1978 se realizou a “Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”. Nessa Declaração:

Os cuidados primários de saúde são cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao

alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e automedicação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (OMS, 1978, p. 1-2).

Ainda segundo Starfield apud Lavras (2002, p. 58), atenção primária à saúde na atualidade, é o “primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada”. A APS é responsável pela coordenação do cuidado quando os usuários recebem assistência em outros níveis de atenção, pois entende-se que mesmo o usuário estando em outro nível de complexidade, ele sempre vai estar vinculado a APS. Starfield apud Lavras (2002, p. 58) sugere os seguintes “atributos para as práticas da atenção primária: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação”.

As duas autoras compartilham da mesma ideia de no que se refere aos cuidados dos usuários considerando-os em sua singularidade, na complexidade e na integralidade dos sujeitos, o que vem de encontro à estratégia de saúde da família, que possui na sua gênese o foco na família e na comunidade e não apenas no indivíduo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, o que se assemelha a ESF.

O Programa Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994, como proposta do governo federal para prestar assistência em áreas de maior risco social, principalmente nas periferias, onde as situações de saúde pública são mais agravantes. Esta política de saúde toma dimensão em um cenário onde as pessoas estavam

desacreditadas do SUS. Surge com objetivo de reorganizar a atenção básica a partir da implantação de Equipes de Saúde da Família (ESF) nos municípios de todo o Brasil.

Pela primeira vez na história da saúde brasileira, o enfoque da atenção à saúde não mais se concentra somente no indivíduo, mas também na família e na comunidade que passa existir como unidade e com foco em ações de saúde pública, conforme afirmam Vianna e Dal Poz (1998).

Nesse aspecto que se apresenta como reorganizadora do modelo assistencial por meio de intervenções de saúde pautadas em parcerias, intersetorial capazes de potencializar as ações e o atendimento às demandas da comunidade, com vistas a resolutividade nos serviços, e, principalmente, trabalhando no aspecto preventivo junto às famílias através de ações educativas.

Este programa é considerado uma estratégia denominada de Estratégia de Saúde da Família (ESF) surge como forma de estruturar o sistema de saúde. Este modelo é organizado através de equipes multiprofissionais a qual têm o compromisso de trabalhar dentro dos princípios fundamentais do SUS, acompanhando as famílias cadastradas no território e com objetivo de trabalhar com de promoção e prevenção a saúde.

Porém, anos depois da implantação deste programa, existem obstáculos direcionados pela “ideologia flexneriana que impedem que se dê a devida continuidade no processo de expansão em que se encontra agora” (MENDES, 2002, p. 8). Superar este problema não é somente de ordem tecnicista, mas de uma mudança de concepção no sistema dos serviços de saúde (MENDES, 2002).

Mendes (2002, p. 6) afirma que os obstáculos encontrados na implantação da ESF decorrem nos “espaços político, ideológico e cognitivo-tecnológico”. Os obstáculos “políticos” se caracterizam pela correlação de forças entre profissionais, gestores e o próprio sistema. Os de ordem “ideológica” se referem a mudança cultural, rompimento de paradigmas sobre a saúde e a ESF, trabalhando na lógica da produção social da saúde. E por fim, os obstáculos “cognitivo-tecnológicos” estão relacionados a necessidade da ESF obter novos conhecimentos e novas tecnologias que não é do pleno domínio dos gestores da saúde, mas sim de todos os profissionais e usuários, onde neste momento, entendemos também a necessidade do controle social

se fazer presente não só em reuniões pontuais, mas estar presente nos territórios da ESF.

Portanto, o que se pode perceber é que tanto a ESF como a APS possuem obstáculos a serem superados como: a falta de compreensão sobre o real papel da ESF, adesão dos usuários nas atividades de grupo, a excessiva utilização da ESF na atenção às condições agudas, dificuldade de trabalhar na perspectiva do cuidado, infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde e com demandas muito além de sua capacidade física e técnica, falta de medicamentos essenciais, perfil dos profissionais de saúde inadequados para saúde pública, em quantidade e qualidade à ESF, entre outros.

Grande parte desses obstáculos pode ser atribuída a questões próprias da realidade de cada local ou de cada equipe, no entanto, há que se superar os modelos vigentes na sociedade, na mídia, na perspectiva de legitimar as práticas de saúde para que se possa responder às necessidades de saúde dos usuários de forma adequada.

Diante disto, a APS assume lugar de referência do que podemos denominar de *novo fazer* em saúde, no qual as ações de cuidado e acompanhamento são pensadas para todos os componentes.

Esse novo fazer pode ser entendido como parte do processo de humanização das práticas em saúde, onde a APS tem como princípio básico a relação, comunicação e articulação dos profissionais com a comunidade, numa perspectiva de construção de vínculos de corresponsabilidade, com a consolidação de laços de confiança, buscando, efetivamente, a construção conjunta de uma vida mais saudável e digna a população.

Para tanto, Mendes (2011) destaca que a coordenação do cuidado implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante, por parte do sistema e do usuário.

1.3. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Silva apud Mendes (2011, p. 2754) as RASs são recentes, e tem sua origem em “experiências de

sistemas integrados de saúde, surgidas na primeira metade dos anos 90 nos Estados Unidos”, se expandindo para vários países.

Desta forma Silva (2011, p. 2756) redefine o conceito de “cadeia de valor” na atenção à saúde, tirando o foco das “condições agudas e dirigindo-o para as condições crônicas”, dando ênfase a necessidade de ações preventivas e de promoção a saúde, individual e coletiva.

Para Mendes (2010, p. 2301) discutir a temática das RASs é fazer uma crítica à “fragmentação do SUS e ao desalinhamento do sistema”. Para superação destes problemas, é necessário que “coordenem o sistema, reduzam as redundâncias, alinhem os objetivos com os incentivos financeiros, promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança”. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS (2006) coloca como um dos desafios do SUS “promover o alinhamento da situação de saúde com o modelo de atenção à saúde do SUS, por meio da implantação das RASs”.

De acordo com Lavras (2011, p. 872) as redes de atenção à saúde são entendidas como:

[...] arranjos organizativos de unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado.

Esse conceito vem ao encontro a Portaria nº 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que define rede de atenção à saúde como: “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. (BRASIL, 2010, n.p.).

A partir das leituras realizadas ao logo desta pesquisa é possível dizer que a APS é extremamente importante para a organização das redes de atenção à saúde, onde se configura como sendo a principal estratégia para a coordenação do cuidado em saúde e a principal porta de entrada do sistema. Para tanto, Lavras (2011, p. 869) destaca que a “coordenação implica na capacidade de garantir a continuidade da atenção”, sendo esta

realizada pela equipe de saúde, com o a identificação de problemas que requerem acompanhamento constante pela APS.

Ainda para Mendes (2010, p. 2300) as redes de atenção à saúde são:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Desta forma, identifica-se a importância dos apontamentos trazidos por Mendes (2010) onde os objetivos se complementam a partir da horizontalidade, com objetivos comuns, com planejamento articulado e transparente.

Ainda conforme Mendes (2010, p. 2300) as redes de atenção à saúde constituem-se de “três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde”. Sendo que o primeiro elemento do modelo de atenção à saúde é a

[...] população sua relação de ser, é habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma necessidade específica, sob sua responsabilidade”, segundo os “riscos, de implementar e avaliar as intervenções e prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura. (MENDES, 2010, p. 2300)

O segundo elemento se refere a “estrutura operacional constituída pelos nós das redes e pelas ligações que comunicam esses diferentes nós”. E o terceiro elemento a qual Mendes se refere trata do modelo de atenção à saúde, são “sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e sua subpopulação estratificada por riscos”. (MENDES, 2010, p. 2300)

Diante o exposto acima, percebe-se a importância destes elementos para organizar o modelo de atenção à saúde, como forma de responder as necessidades da população de forma efetiva e eficiente, pois é comprovado através de vários autores que a organização das redes de atenção à saúde melhora significativamente os resultados sanitários, além de outros aspectos positivos como: a redução dos custos na saúde, cooperação, eliminação de redundâncias, implantação de diretrizes, integração dos serviços com qualidade dos resultados e a satisfação dos usuários com os serviços.

Para que de fato isto se concretize, reporta-se ao apontamento realizado por Mendes (2010, p. 2301) onde se sinaliza para uma “mudança do sistema, de uma concepção hierárquica e piramidal deve ser substituída por redes poliárquicas de atenção à saúde, rompendo com as relações verticalizadas para redes policêntricas horizontais”.

Desta forma, a Rede de Atenção à Saúde é reafirmada como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania.

Nesse sentido, as Redes com IES, PET, PROSAÚDE são elementos importantes no processo de implementação e atuação via educação permanente nos processos formativos e de educação continuada.

1.4 INTERSETORIALIDADE E INTERDISCIPLINARIDADE: DESAFIOS NA RAS

A prática da intersectorialidade ainda se refere ao trabalho entre vários setores, além da fragmentação. No entanto, é importante que os diversos setores e da sociedade civil criem estratégias que favoreçam o trabalho em comum.

Nesse sentido, a concepção de intersectorialidade pode ser denominada por uma concepção de condução dos problemas públicos, onde a administração pública tem sido apontada como um dos principais problemas para a não efetividade das políticas.

Segundo Inojosa (2001) e Junqueira (2004), em sua origem, o termo não incluía a participação da sociedade civil, nos

dias atuais elas estão interligadas, avançando para se pensar o trabalho no cunho da intersetorialidade não mais como intersetores, ou seja, vários entes e atores se reunindo por um objetivo comum.

De acordo com Junqueira (2000, p. 37) essa noção também considera “trans-setores, ou seja, a criação de uma nova forma de trabalho”, dirigido aos problemas e suas soluções, não mais a junção das partes, mas a criação de um novo todo, que requer uma nova lógica de trabalho e suas soluções.

O desafio da intersetorialidade exige a concepção de uma nova forma de planejar, organizar, executar as ações, alterando a forma de articulação dos segmentos, que muitas vezes possuem percepções e interesses diferentes.

De acordo com Inojosa (2001, p. 103) e Junqueira (2004, p. 28) a mudança envolve interesses particulares, de poder, rompimento de valores culturais, onde precisa ser construída a forma de viabilizar novas práticas. “A descentralização envolve uma rede de articulações e parcerias que passa a ser construída por outro viés e a intersetorialidade exige que a rede se interpenetre, formando um novo tecido”. Não é possível dar conta de realizar ações e serviços numa perspectiva integral – isto é, intersetorial – mediante um processo de trabalho fragmentado, como é a “prática das organizações públicas no geral”.

Corroborando com as autoras acima, esse movimento requer a valorização e incremento dos saberes técnicos que garantem a qualidade do atendimento à população. Entretanto, é preciso conduzir esses diversos saberes a uma atuação articulada, assim, o desafio da intersetorialidade transcende o setor da saúde, permeando todos os segmentos, inclusive a formação dos profissionais da saúde.

Entender o conceito de interdisciplinaridade e suas contribuições para o trabalho em saúde é um dos desafios que se apresentam aos profissionais em saúde no contexto atual, e em razão disto, trago esta categoria para pautar a pesquisa, utilizando diferentes autores para fundamentar o mesmo.

Saupe, *et al* (2005), demonstram, através de pesquisa, que a interdisciplinaridade se constrói a partir de uma realidade concreta, no âmbito da prática cotidiana e das demandas advindas dos usuários, sendo um dos caminhos que possibilita a

aproximação de uma prática de atenção integral em saúde preconizada pela ESF e pela RASs.

O trabalho interdisciplinar pode levar os profissionais à reflexão sobre suas atitudes e ações necessárias aos trabalhadores em saúde para a efetivação de um fazer que vise a comunicação entre as diferentes áreas do conhecimento, que propicia um uma visão holística. Para Japiassu (1976, p. 74) “a interdisciplinaridade se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real entre as disciplinas”.

O conceito de interdisciplinaridade vem expandindo suas práticas e discursos para outras áreas, dentre elas a área da saúde, por ser ainda um conceito muito novo para os profissionais estes encontram dificuldade, de compreender a respeito do que significa interdisciplinaridade, porém se faz necessário ampliar esta discussão na expectativa de novas possibilidades de avanço do sistema como um todo.

Segundo Japiassu (1976, p. 75) a interdisciplinaridade é caracterizada pela “intensidade das trocas entre os profissionais”. Já a multidisciplinaridade se caracteriza por uma “ação simultânea de uma gama de disciplinas em torno de uma temática comum”, sendo essa atuação, no entanto, ainda muito fragmentada, não explorando a relação entre os conhecimentos disciplinares, não havendo nenhum tipo de cooperação entre as disciplinas como acontece na interdisciplinaridade, buscando uma re ligação entre as disciplinas, rompendo fronteiras, assegurando as características de cada uma e estabelecendo troca.

Para Gomes e Deslandes (1994) de fato são importantes, já que a interdisciplinaridade não tem por objetivo anular as disciplinas. Os autores citam ainda que para haver avanço na questão da interdisciplinaridade é necessário dar “importância às disciplinas sem anular as especificidades de cada área de saber” (1994, p. 4), mas é necessário também haver uma abertura em busca dos limites e potencialidades de cada disciplina, buscando um novo fazer coletivo.

Como referem Saupe *et al.* (2005, p. 5), “não se é interdisciplinar o tempo todo, em alguns momentos se faz necessário o saber específico de uma disciplina”, mas os profissionais necessitam estar atentos para reconhecerem situações interdisciplinares que exijam cooperação de outros membros da equipe.

Portanto, é necessário que os profissionais “ultrapassem suas arrogâncias pessoais e a necessidade de exercer poder sobre outros”, pois desta forma pode ser perdido o foco dos atendimentos em saúde que é o usuário (SAUPE *et al*, 2005, p. 5).

CAPÍTULO 2- METODOLOGIA DO ESTUDO

Este item tem por objetivo apresentar os procedimentos metodológicos descritos que possibilitam investigar o tema pesquisado e concretizar os objetivos propostos. Conforme Horn; Diez (2005, p. 46) “o sentido da metodologia é facilitar o cumprimento dos objetivos. É preciso descrevê-la, esclarecendo quais os caminhos para o estudo e a sistematização”, desta forma, será descrito abaixo os itens da metodologia da pesquisa.

2.1. CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

2.1. 1. Pressupostos Teóricos

Os pressupostos teóricos nos quais se fundamenta a pesquisa aqui desenvolvida foi realizada na perspectiva teórica da hermenêutica – dialética (MINAYO, 2010). Outra característica das pesquisas sociais, segundo Minayo (2010), é a implicação do pesquisador na investigação.

A pesquisa se desenvolveu através do decálogo que segundo Minayo (2012, p. 623) busca facilitar a compreensão para se trabalhar com a abordagem quali-quantitativa, distribuídas em dez etapas da investigação: primeiro: definir os termos estruturantes da pesquisa quali-quantitativo “conhecer, compreender e interpretar” o fenômeno a ser investigado; segundo: “definir o objeto no tempo e espaço, a partir da reflexão analítica”; terceiro: o delineamento das estratégias de campo com roteiros pré-estabelecidos; quarto: elaboração de um desenho hipotético da pesquisa a partir da observação dos fenômenos no cenário da pesquisa informalmente; quinto: imersão na realidade, momento de ir a campo munido de teoria e hipóteses. Os passos seguintes serão descritos no item 2.3.3.

Desta forma, a pesquisa se concretiza enquanto **construção de conhecimento**.

Segundo Marconi e Lakatos (2001, p.214)

a dialética é a grande ideia fundamental segundo a qual o mundo não deve ser considerado **como um complexo** de coisas acabadas, mas como um **complexo de processos** em que as coisas, nas aparências estáveis, do mesmo que os seus

reflexos intelectuais no nosso cérebro, as ideias, passam por uma mudança ininterrupta de devir e decadência, em que, finalmente, apesar de todos os insucessos aparentes e retrocessos momentâneos, um desenvolvimento progressivo acaba por se fazer hoje.

Portanto, para a dialética, as coisas não são analisadas na qualidade de objetos fixos, mas em movimento: nenhuma coisa está “acabada”, encontrando-se sempre em vias de se transformar, desenvolver; o fim de um processo é sempre o começo de outro, não podemos desistir facilmente se ainda podemos explorar mais para obtermos melhores resultados.

2.1.2. Natureza da Pesquisa

Para atender à proposta deste estudo, estabeleceu-se como premissa a abordagem quali-qualitativa, ponderando que a mesma possibilita a tentativa de uma compreensão maior dos significados e as características apresentadas pelos entrevistados. Segundo Marconi e Lakatos (2001, p. 187) “a pesquisa é o fundamento, a atividade básica de toda e qualquer ciência, permitindo expressar, em forma de conhecimento, o mundo objetivo”.

Visando alcançar um espaço mais profundo das relações, processos e fenômenos, a abordagem qualitativa, segundo Minayo (2010, p. 98), trabalha os “significados, crenças, motivações, valores e atitudes, tendo em vista uma aproximação com o objeto de estudo”. Na pesquisa qualitativa, a realidade é vista como uma “construção social” da qual o investigador participa, sendo que os “fenômenos só podem ser compreendidos levando em consideração os sujeitos e seus contextos em interações recíprocas” (MINAYO, 2010, p. 98).

Sabemos que toda e qualquer pesquisa deve necessariamente adotar técnicas e seguir determinados métodos. Este é o percurso que devemos proceder para construir conhecimento, articulando a teoria com a realidade. Para isso, esta pesquisa utilizou-se da pesquisa de campo, bibliográfica e exploratória.

De acordo com Marconi; Lakatos (2001, p. 186)

pesquisa de campo é aquela utilizada como objetivo de conseguir informações e/ou conhecimentos acerca de um problema, para o qual se procura uma resposta, ou de uma hipótese, que se queira comprovar, ou, ainda, descobrir novos fenômenos ou as relações entre eles.

Sendo este fundamental para mapear o local que se coletou os dados, realizou grupo focal e as entrevistas, para um melhor aprofundamento da pesquisa. Pois, não podemos ficar apenas no senso comum, precisamos de informações concretas sobre a pesquisa.

Também foram necessárias as pesquisas bibliográficas onde segundo Marconi e Lakatos (2001, p. 183):

a pesquisa bibliográfica, ou de fontes secundárias, abrange toda bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, material cartográfico, até os meios de comunicação orais: rádio, gravações em fita magnética e audiovisuais: filmes e televisão.

Envolvendo principalmente, inúmeras consultas a sites, artigos científicos, bem como a leitura de textos extraídos de revistas, entre outros. Considerando que estas fontes foram de suma importância para a pesquisa.

Para efetivação da pesquisa de campo foi necessário que anteriormente se realizasse uma pesquisa bibliográfica, pois serviu como primeiro passo, para saber em que estado se encontra o problema a ser pesquisado em campo.

Este tipo de pesquisa possibilitou que o pesquisador tivesse acesso direto com tudo que já foi publicado sobre o tema escolhido. A pesquisa bibliográfica não é somente a reescrita do que já foi publicado, mas sim realizar um novo olhar, uma nova abordagem possibilitando novas conclusões.

A pesquisa exploratória conforme Marconi e Lakatos (2001, p. 188),

são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com um ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa ou modificar e clarificar conceitos.

Ela nos permitiu um estudo intensivo de pequenos números de unidade, geralmente sem a aplicação de técnicas de amostragem, com a pesquisa exploratória obtivemos tanto as descrições quantitativas como as qualitativas, baseados na coleta de dados, a entrevista, grupo focal e a análise de dados.

2.2. PARTICIPANTES DA PESQUISA

2.2.1. Escolha e Seleção dos Participantes

Os sujeitos da pesquisa foram os gestores e profissionais das ESF, o estudo possui uma amostra de 30% do total de 21 Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou seja, 06 UBS. Para alcançar essa amostra, foram sorteados 30% das UBS onde ocorreu a coleta dos dados através das entrevistas com os gestores, num total de 06 entrevistados, bem como 06 a 10 profissionais que fazem parte desta mesma UBS escolhidos de forma aleatória por manifestação espontânea dos mesmos para participação do grupo focal, totalizando 06 grupos.

Os profissionais que participaram do grupo focal foram da área de Medicina, Enfermagem, Odontólogo, Técnico de Enfermagem e Agente Comunitário de Saúde (ACS) e Técnico de Higiene Dental (THD).

Quanto aos gestores da rede foram entrevistados 06 (seis) sendo destes: Diretores, Gerentes e Coordenadores de Programas de Saúde, dentre eles profissionais da área de Medicina, Enfermagem, Serviço social e Psicologia.

Os usuários foram escolhidos de forma aleatória por manifestação espontânea dos mesmos no dia em que se realizou a coleta de dados nas USF e nos programas que compõem a rede de atendimento, sendo estes de 05 a 10 usuários de cada local,

utilizando o critério de saturação, perfazendo um total de 70 usuários.

2.3 PROCEDIMENTOS

2.3.1. Equipamentos e Materiais

2.3.1.1. Instrumento de Pesquisa

O instrumento de coleta de dados utilizado na pesquisa aos gestores foi à entrevista semiestruturada, para Minayo (2010, p. 121) considera que “suas qualidades consistem em enumerar de forma mais abrangente possível às questões que o pesquisador quer abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos, obviamente, da definição do objeto de intervenção”. Essa modalidade de entrevista permitiu que o informante abordasse livremente sob o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador.

Nessa perspectiva, o instrumento possibilitou o diálogo, valorizando a presença do investigador e permitindo ao informante maior liberdade e espontaneidade do que um instrumento fechado. Sendo realizada a partir do roteiro e aplicada aos gestores, contendo poucas questões e tendo por finalidade orientar uma conversa com finalidade pré-estabelecida.

O grupo focal foi utilizado com os profissionais da ESF, sendo este considerado uma espécie de entrevista de grupo, embora não no sentido de ser um processo onde se alternam perguntas do pesquisador e respostas dos participantes.

De acordo com Figueiredo e Campos (2009) grupo focal é uma técnica que possibilita uma análise mais profunda dos dados obtidos numa interação grupal, a qual permite verificar como às pessoas avaliam a experiência, como definem um problema e como suas opiniões, sentimento e representações encontram-se associados a determinados fenômenos.

Conforme Figueiredo e Campos (2009, p. 131) grupo focal trata-se de

(...) um processo que visa a compreensão das experiências dos participantes do grupo, do seu próprio ponto de vista. Além de possibilitar a apreensão não somente do que pensam os participantes, mas também porque eles pensam de

determinada forma, essa interação grupal proporciona que o pesquisador possa observar como a controvérsia vem à tona e como os problemas são resolvidos, evidenciando os diferentes graus de consensos e dissensos existentes. Essa técnica se mostrou apropriada aos propósitos da pesquisa, já que interessa analisar o posicionamento dos trabalhadores na constituição das equipes e a maneira pela qual isso se reflete na organização e no processo de trabalho.

Para tanto, a citação acima nos remete a congruência com a pesquisa na perspectiva dialética, a qual possibilitou a livre expressão dos entrevistados no decorrer da pesquisa.

A essência do grupo focal consiste justamente na interação entre os participantes e o pesquisador, que objetiva colher dados a partir da discussão focada em tópicos específicos e diretivos, por isso é chamado grupo focal.

Os grupos foram compostos de 5 a 10 participantes com duração de aproximadamente uma hora à uma hora e meia, variando o tempo de acordo com o andamento da atividade.

Na aplicação e/ou coleta de dados a pesquisadora estava sozinha no desenvolvimento da participação, coordenação e moderação da pesquisa, que trabalhou no primeiro momento com o relato dos entrevistados a partir dos questionamentos elencados no estudo.

O instrumento utilizado para coleta de dados na pesquisa aos usuários foi a entrevista estruturada, com perguntas fechadas, que possuem como respostas mais de uma das questões elencadas no instrumento.

Os roteiros da pesquisa do grupo focal realizado com os profissionais encontra-se no apêndice 1, bem como o roteiro de entrevista dos gestores, profissionais que se encontra no apêndice 2 e dos usuários no apêndice 3.

2.3.2 Coleta e Registro de Dados

A coleta de dados através do grupo focal tem como uma de suas maiores riquezas a possibilidade de evidenciar na tendência humana de formar opiniões e atitudes na interação com outros

indivíduos. Ela contrasta, nesse sentido, com dados colhidos em questionários fechados ou entrevistas individuais, onde o indivíduo é convocado a emitir opiniões sobre assuntos que talvez nunca tenha pensado anteriormente. As pessoas, em geral, precisam ouvir as opiniões dos outros antes de formar as suas próprias, e constantemente mudam de posição (ou fundamentam melhor sua posição inicial) quando expostas à discussão em grupo. É exatamente este processo que o grupo focal tenta captar.

Este procedimento da pesquisa se realizou em quatro momentos: o primeiro momento se solicitou autorização à Secretaria Municipal da Saúde para realização do projeto, bem como a disponibilização do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) conforme a Resolução 466/2012.

O segundo momento consistiu no mapeamento dos gestores e profissionais das ESF do município a ser pesquisado, bem como dos gestores dos programas, serviços da rede, levantando dados para entrar em contato com os mesmos.

O terceiro momento se realizou contatos previamente por telefone aos gestores e profissionais das ESF explanando o objetivo da pesquisa e de que forma se realizaria a coleta dos dados, sendo convidados desta forma a participarem da pesquisa. Após o aceite se agendou horários específicos de acordo com a disponibilidade dos gestores para realização da entrevista, bem como os profissionais para realização dos grupos focais.

As entrevistas e as discussões em grupo foram gravadas, mediante aceite dos participantes e transcritos na íntegra.

No quarto momento se realizou aplicação da pesquisa propriamente dita no levantamento de informações sobre as RASs.

Cabe destacar que uma vez aceito a participação na pesquisa, foi preenchido o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) de cada um dos participantes da pesquisa, conforme **Anexo A**.

Para o desenvolvimento da investigação foram observados os aspectos éticos conforme a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Planalto Catarinense (UNIPAC), sob parecer nº 091-2013 (**Anexo B**).

A fim de assegurar o anonimato dos entrevistados optou-se por identificá-los com a letra “G” acompanhada pelo número da entrevista ficando da seguinte forma: Gestores da AB “GAB1 a

GAB6; Gestores da Rede “GR1 a GR6” e Grupo Focal “GF1 a GF6”.

2.3.3 Análise de Dados

Na fase da análise dos dados coletados foram utilizados elementos relacionados à análise descritiva de frequência simples. Onde segundo Triviños (2013, p. 110):

O foco principal destes estudos reside no desejo de conhecer a comunidade, seus traços característicos, suas gentes, seus problemas, suas escolas, seus professores, sua educação, [...] pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade.

Conforme o autor a análise descritiva exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. A análise quantitativa se deu a partir da análise descritiva de frequência simples, sendo a fase inicial deste processo de estudo dos dados coletados. Utilizamos o método de estatística descritiva de frequência simples para organizar, resumir e descrever os aspectos importantes de um conjunto de características observadas ou comparar tais características entre dois ou mais conjuntos de dados.

A análise qualitativa consistiu na transcrição do material empírico e elaboração teórica, construir a tipificação do material recolhido no campo através da transição entre a empiria e a elaboração teórica, neste momento se recortou cada item do texto, conforme apresentado pelos entrevistados e separando-os por assunto como primeira forma de classificação do material, em seguida se realizou uma nova leitura reorganizando em tópicos o que os entrevistados destacaram por meio da reiteração. Este momento elencou-se as pré-categorias de análise da pesquisa sendo elas: estrutura das RASs, processos, articulação e integração entre os níveis de atenção, características do sistema integrado de saúde, acesso aos serviços da rede, gestão das RASs, além das subcategorias.

A categorização ocorreu por agrupamento e, para a realização de cálculos, usamos a medida de frequência simples.

Para a análise das variáveis que, mesmo sendo estruturadas, permitiam aos entrevistados uma resposta a respeito da qual eles discorreram, utilizamos uma categorização fundamentada na leitura das respostas e do seu agrupamento por semelhança.

Nesta fase, foram delimitados os núcleos de sentido, representados por temas que foram recortados no formato de frases e parágrafos, advindos da entrevista. Dessa maneira, após a preparação das informações, os dados foram colocados em uma tabela do word 2010 e classificadas por unidades temáticas, sendo realizadas seguidamente como a enumeração dessas unidades e analisadas o perfil dos entrevistados, além de verificar correlações entre os entrevistados.

A análise das entrevistas com os usuários se tabulou os dados agrupando-os através de uma tabela configurada em planilha no formato Excel edição 2010 e através de gráficos, embora a análise seja pequena elucidará melhor a pesquisa.

Por fim, as informações delimitadas em categorias e subcategorias foram manuseadas de forma que, a partir das falas dos entrevistados, emergiram interpretações qualitativas a qual serão elucidadas a partir das falas de como se apresenta os entrevistados de cada discurso, sendo comentada com base nas referenciais sobre as Redes de Atenção à Saúde e dentre elas, está a Atenção Básica.

2.4 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

2.4.1 Análise de Riscos e Benefícios

Em relação ao presente estudo não houve nenhum risco aos participantes, bem como qualquer intercorrência com os sujeitos da pesquisa. No entanto, caso houvesse desconforto psicológico aos participantes seriam encaminhados ao serviço escola de psicologia da universidade.

No que diz respeito aos benefícios da pesquisa, estes têm por objetivo proporcionar reflexões acerca da prática profissional, bem como trazer elementos que auxiliem no reordenamento das RAS, bem como na geração de novos conhecimentos sobre a temática da pesquisa.

2.4.2 Critérios para Encerrar a Pesquisa

O critério para suspender seria encerrar a pesquisa, foi a recusa, em participar da pesquisa e dos sujeitos que não atenderam ao perfil descrito na pesquisa.

2.4.3 Critérios de Inclusão e Exclusão de Participantes

A pesquisa teve como critério de inclusão, adesão dos sujeitos da pesquisa e perfil descrito no item 2.2.1 desta pesquisa e assinatura do TCLE. Utilizamos como critério de seleção dos profissionais e gestores aqueles que possuíam 01 (um) ano de atuação profissional na ESF e na função de gestor, e que aceitaram participar voluntariamente da pesquisa e estar trabalhando ativamente no serviço no momento da entrevista.

A exclusão ocorreu quando os sujeitos não manifestaram interesse em participar da pesquisa ou que ao longo desta desistiram de participar. Além disso, também serão excluídos os profissionais do serviço que estejam afastados ou em período de férias.

CAPÍTULO 3 - RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS DA PESQUISA GESTORES E PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Neste item serão apresentados e discutidos os dados encontrados como forma de atender aos objetivos propostos por este estudo. Inicialmente apresentamos o perfil socioprofissional dos gestores da ESF e da rede de atendimento que participaram e deram significados a este estudo, seguindo com a apresentação e discussão dos dados do grupo focal e, por fim, a discussão das categorias e subcategorias. Nesse momento, foram transversalizados os dados das entrevistas semiestruturadas aos dados da representação gráfica, já que o mesmo possibilitou uma complementaridade dos resultados encontrados.

3.1 PERCEPÇÃO DOS GESTORES E PROFISSIONAIS SOBRE RASS

3.1.1 Caracterização Socioprofissional dos Gestores da ESF

A partir dos dados socioprofissional dos participantes do estudo, verificamos que algumas características abordadas são importantes no que tange à contribuição da análise e discussão dos dados.

O estudo contou com a participação de doze (12) gestores, sendo estes da ESF e da rede de atendimento, representados em sua maioria pelo sexo feminino, 11 (91,66%), sendo que somente 01 (8,33%) era do sexo masculino. O perfil socioprofissional dos participantes mostrou que a maioria dos profissionais são enfermeiros (75%), tem até 05 anos de atuação no SUS (83,33%) e experiência na gestão de até 02 anos (58,33%) e 03 a 06 anos (41,66%), constituindo um grupo com experiência mediana sobre o sistema de saúde, conforme a tabela abaixo.

Tabela 1 – Perfil Socioprofissional dos gestores da ESF e Rede de Atendimento

Características dos Entrevistados	N	%
Sexo (n=12)		
Feminino	11	91,66%
Masculino	01	8,33%
Profissão (n=12)		
Enfermeiro	09	75%
Assistente Social	01	8,33%
Médico	01	8,33%
Psicólogo	01	8,33%
Tempo de atuação no SUS (n=12)		
01 a 05 anos	10	83,33%
10 a 15 anos	01	8,33%
16 a 20 anos	01	8,33%
Tempo de atuação na Gestão (n=12)		
01 a 02 anos	07	58,33%
03 a 04 anos	04	33,33%
05 a 06 anos	01	8,33%

Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015.

Estes dados nos remetem à questão histórica da assistência à saúde representada pela mulher, onde essa é vista socialmente como aquela que exerce o papel de cuidadora diante da sociedade. Diante dos dados apresentados percebe-se a predominância feminina no cuidado e na profissão da enfermagem faz com que ainda se identifique um discurso homogêneo em relação ao sexo.

Em estudo do Ministério da Saúde, em 2000, sobre o perfil de médicos e enfermeiros no Programa de Saúde da Família (PSF), pode-se observar que a saúde pública é um espaço de concentração de trabalho feminino, e a enfermagem, nesse programa institucional, compõe-se de 90,91% de mulheres.

No entanto, o número geral de profissionais dos demais programas da rede mantém a predominância do sexo feminino (assistente social, psicologia e enfermagem), o que nos remete ao fato da relação de cuidado como características constitutivas da inclinação das mulheres para setores na área da saúde.

Encontramos que 91,66% dos profissionais têm quatro ou menos anos de atuação na equipe atual. Esses dados nos fizeram inferir várias reflexões, a primeira diz respeito à falta de concurso público no município, perfil dos profissionais para exercer tal função, precarização do trabalho dos profissionais de saúde e a outra reflexão relaciona que há uma grande rotatividade de profissionais nas equipes de saúde da família.

Neste contexto, vemos muitas vezes que o vínculo que deve ser criado entre profissionais e comunidade muitas vezes é desfeito. A seguir cada gráfico irá evidenciar as subcategorias de análise.

3.1.2 Percepções sobre as RASs

A pesquisa buscou saber o conceito de RASs pelos entrevistados sendo que para os gestores da ESF estes se referem GAB1 a *“resolutividade, serviços integrados e/ou interligados, outros níveis de atenção”*. Para os gestores da rede, estes se referem ao conceito de rede como GR2 *“combinado de programas ou grupos, conjunto integrado de ações interligadas por um objetivo”* GR4 *“precisam ser mais interligadas entre si”*, GR5 *“vem interligar e ordenar o fluxo, assistência com qualidade e ágil”*. O grupo focal se refere GF2 a *“UBS, resolutividade, serviços de referência e contra referência, apoio e maior contato entre os meios de atenção”*.

Desta forma percebe-se que os gestores da rede e da ESF tem a compreensão em parte da RAS, pois houve uma associação em relação ao conceito relacionando RAS à resolutividade; ações integradas; ordenamento do fluxo e qualidade dos serviços. Estes pontos vêm de encontro ao que Mendes (2010, p. 2301) traz que a *“atenção primária à saúde deve ser reformulada para cumprir papéis fundamentais na RAS como a resolutividade; coordenação; ordenação de fluxos e contra fluxos”*, dentre outros.

No entanto, nenhum deles compreende a RAS como ordenadora, coordenadora ou gestora do cuidado em saúde (OMS, 2008), sendo necessário desta forma, haver por parte da gestão o aprimoramento do conhecimento e capacitação dos trabalhadores do SUS em linhas de cuidado.

Quando questionado sobre os elementos que compõem uma RAS as respostas que mais apareceram foram: *“atenção*

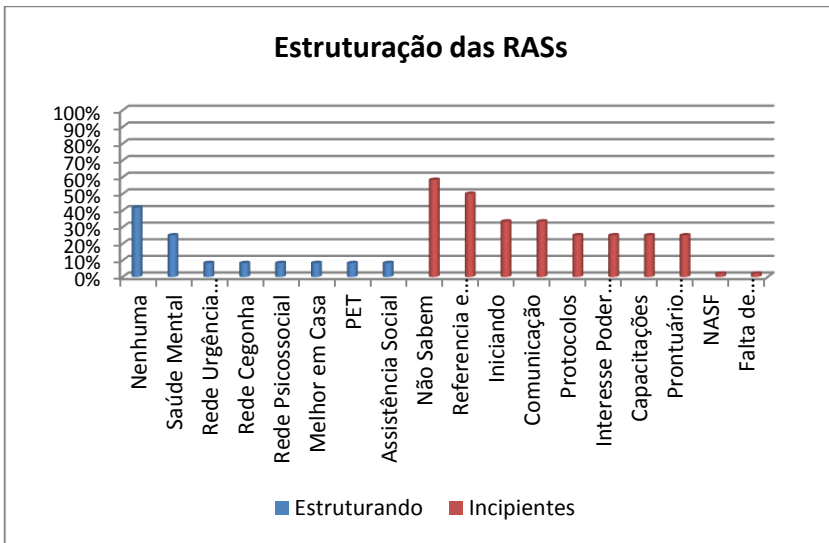
primária, secundária e terciária; profissionais; flexibilidade; intersectorialidade”.

De acordo com a Portaria 4.279/10 os elementos da RAS se referem a “população adscrita, estrutura operacional e modelo de atenção a saúde”, desta forma identifica-se que os gestores se referiram, em sua maioria, aos elementos de estrutura operacional que inclui intersectorialidade, atenção básica, secundária e terciária e na sua minoria sistema de governança ao se reportarem aos profissionais e flexibilidade. Demonstrando desta maneira que estão no caminho certo para a compreensão acerca das RASs, no entanto, ainda está incipiente.

Como se pode perceber na fala do GAB2 que diz que “*são os atendimentos, encaminhamentos, grupos, acho que é isso*”, já para GAB4 “*é difícil a gente lembrar, mas acho que são as pessoas, os funcionários, o serviço, não lembro*”. Estas falas nos remetem a compreensão de que não está claro nem para os gestores, quanto mais para os trabalhadores sobre a RAS e seus elementos, portanto, identificamos também a insuficiência dos mecanismos de diálogo, informação e comunicação entre os profissionais para que se efetivem de fato a RAS.

Em termos do processo de estruturação das RASs, pode ser observado no gráfico 1, na percepção dos entrevistados estes identificam de que forma as RASs estão se estruturando, as principais foram: nenhuma na visão dos entrevistados (41,66%), seguida da Saúde Mental (25%) e das demais com (8,33%). As que são incipientes foram: não sabem (58,33%), referência e contra referência (50%), comunicação e iniciando (33,33%), protocolos, capacitações, prontuário eletrônico e interesse do poder público (25%).

Gráfico 1 – Estruturação das Redes



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta

A pesquisa evidenciou que (41,66%) dos entrevistados desconhecesse qualquer tipo de estruturação das RASs, no entanto as demais (8,33%) como rede cegonha, urgência e emergência e psicossocial que de fato estão se organizando por conta do Programa de Educação pelo Trabalho - PET, gestores e os profissionais não tem conhecimento se quer da sua existência. O conhecimento mesmo que restrito de poucos gestores sobre o PET acontece por haver na ESF profissionais que integram o referido programa.

Quanto ao que foi identificado como incipiente os dados nos mostram que (58,33%) dos entrevistados não sabem sobre o que se trata as RASs, não identificando desta forma o que se apresenta incipiente na RAS, a seguir com (50%) referem-se a referência e contra referência como sendo um dos nós críticos da RAS, seguido (33,33%) da falta de comunicação e do entendimento que se está iniciando o processo. Fica claro que a falta de comunicação é um entrave no sistema de saúde, onde as

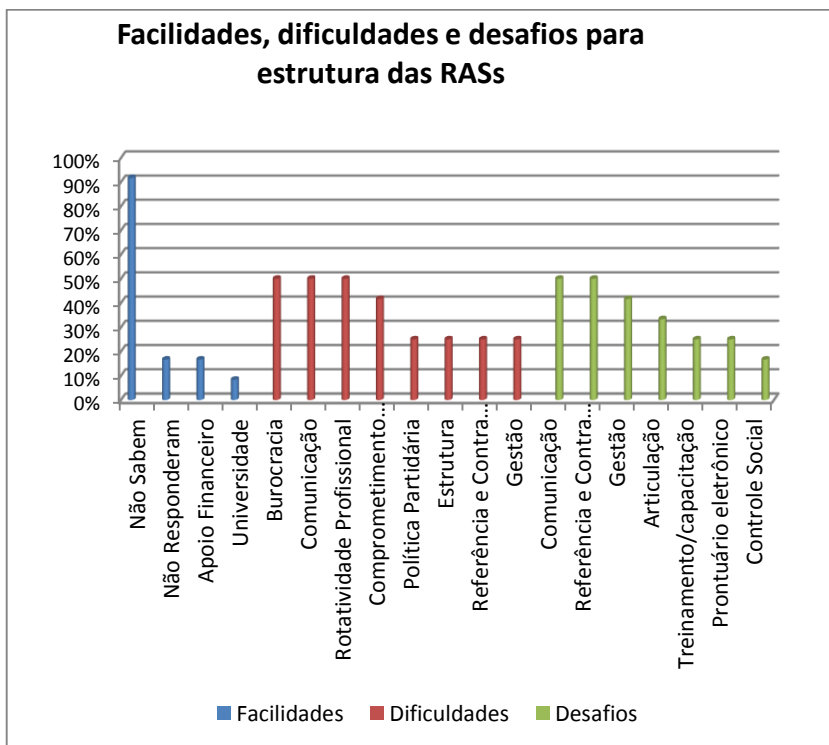
pessoas ficam reféns de informações, sem conhecer se quer o que existe no próprio município, ou mesmo no próprio serviço de saúde a qual estão vinculados.

Destaca-se que a grande maioria dos entrevistados desconhecem a RAS e diz não conhecer nenhuma estruturação da mesma, chegando a relatar que *“é triste, mas conseguimos muito mais abertura com a Assistência Social do que da própria saúde, encontra-se muita dificuldade de acesso de informações dos profissionais da saúde”*. Portanto, nesta fala percebe-se que há uma dificuldade na compreensão da RAS, pois ao se referirem a Assistência Social, estamos falando em intersetorialidade e não especificamente sobre a RAS.

Para tanto, a Rede de Atenção à Saúde representa uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os “diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados” e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde (SILVA; MAGALHÃES, 2013 p.85)

No entanto, é imprescindível reafirmar a expectativa já definida de “empoderar” a Atenção Primária como “elemento estratégico e estrutural” na construção dessas redes. Entende-se por “empoderar” a real valorização da ‘Base’ como “ordenador do conjunto de serviços que se completam de forma inter-relacionáveis” (CARVALHO; MEDEIROS, 2013 p. 156).

Gráfico 2 – Facilidades, dificuldades e desafios para estruturação das RAS



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta

Ao se investigar as facilidades para a estruturação das RASs os entrevistados apontaram, (91,66%) não saberem e (16,66%) não responderam. Quanto as dificuldades na percepção dos entrevistados, as respostas mais frequentes foram, (50%) burocracia, comunicação e rotatividade profissional; seguido de (41,66%) comprometimento profissional. Os desafios apresentados pelos entrevistados se apresentam como: (50%) comunicação e referência e contra referência, seguido com (41,66%) da gestão.

De acordo com o gráfico 2 pode-se verificar que conforme relato dos entrevistados a maioria destes não sabem e não responderam as facilidades para estruturação das RASs, o que

vem de encontro quando perguntado sobre as dificuldades a maioria dos entrevistados se referem a “*comunicação, burocracia e rotatividade profissional*” ficaram entre os itens que mais apareceram como resposta, seguido também da comunicação, referência e contra referência e gestão como os quesitos que mais foram citados como desafios na estruturação da RAS.

Podemos identificar no relato dos entrevistados que GAB3 “*a falta de comunicação, diálogo entre os profissionais, o conselho, enfim eles não estão conseguindo fazer com que a rede seja uma coisa só, ainda está muito dividido*”.

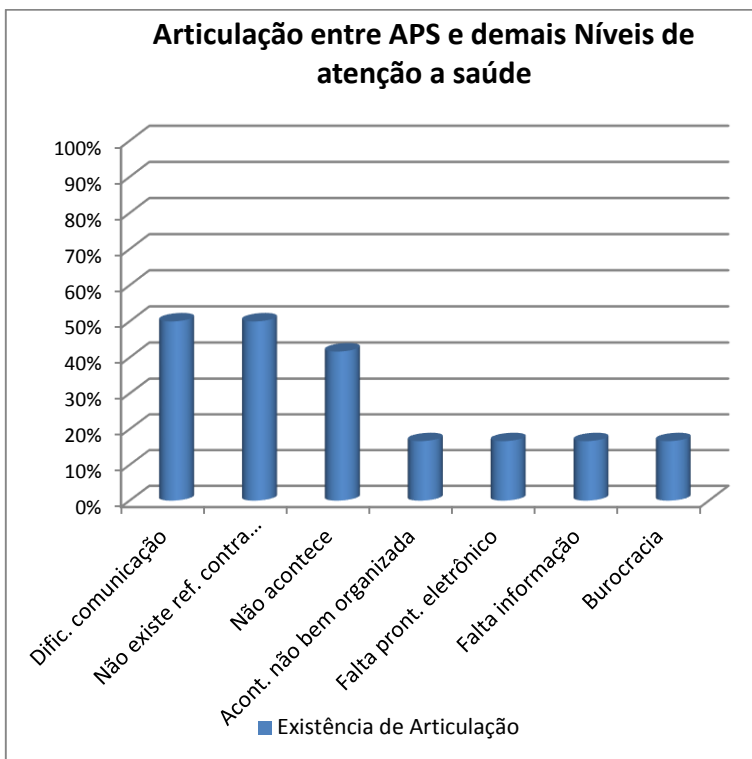
Esta constatação sobre a dificuldade de comunicação, de referência e contra referência entre a rede de saúde é reforçada no gráfico 1, onde na avaliação dos entrevistados a comunicação entre os serviços é classificada como deficiente.

Os serviços de referência, após prestar o cuidado, devem encaminhar ao serviço de origem do usuário, as informações necessárias para a continuidade do cuidado, o que é denominado de contra referência. Observa-se nos relatos dos entrevistados que isto não acontece como deveria de acordo com GF1 “*os pacientes são mandados de um lado para o outro, até mesmo por nós, porque não temos as informações necessárias para passar ao paciente, eles sabem mais do que nós, isso é uma vergonha*”.

Diante desta fala, pode-se perceber que eles também fazem parte da rede e não são vistos como integrantes da rede.

Para dar conta desse fluxo acertado, são necessários definição e o conhecimento de cada ponto de atenção, como clareza dos fluxos e do papel ordenador e facilitador do “aparato regulatório público” Magalhães; Pinto (2014, p.16). Desta forma, as estruturas regulatórias passam a ter um papel de defesa dos direitos e necessidades reais dos usuários e de monitoramento do funcionamento da rede.

Gráfico 3 – Articulação entre APS e demais níveis de atenção à saúde



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Nesta pesquisa, a opinião dos entrevistados se acontece articulação entre APS e os demais níveis de atenção foi apresentado (50%) a “*dificuldade de comunicação*”, e (50%) a “*não existência de referência e contra referência entre ambos*”, seguido por (41,66%) “*não acontece esta articulação*”.

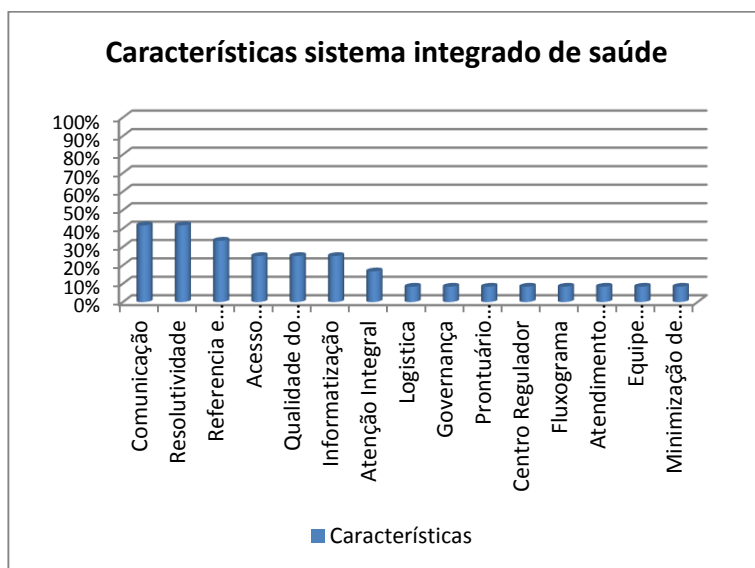
Conforme relato GR1 “*ainda está muito cru essa questão entre as redes, acredito que ainda precise ser amadurecido, ser conversado, dialogado para que isso funcione*”, enquanto para o GF1 “*muitas vezes não sabem na realidade o que são cada um dos níveis de atenção*”.

Os dados acima, nos reportam mais uma vez que a grande dificuldade de articulação da rede está na comunicação e na dificuldade de se estabelecer a referência e contra referência, confirmando que não acontece a articulação e quando acontece em poucos momentos é falha, precisando ser melhorada nestes aspectos.

De acordo com Silva (2013, p. 241) o “gerenciamento das redes de atenção à saúde no SUS” é constituído pelos “processos que legitimam a rede”, ou seja, as unidades assistenciais, os serviços, com as funções a serem desempenhadas por cada ponto, com competências, fluxos, monitoramento, avaliação e efetividade do sistema.

A complexa articulação entre os diferentes componentes da rede nos remete a Mendes (2011, p. 148) dizendo que a “cooperação entre os participantes da rede não é automática” acontece através de “negociações e acordos mediante processos gerenciais adequados”.

Gráfico 4 – Características de um sistema integrado de saúde



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Ao serem questionados sobre quais as características de um sistema integrado de saúde, os entrevistados apontaram que (41,66%) a *“resolutividade”* e a (41,66%), *comunicação* são os aspectos que mais apareceram nas respostas, posteriormente (33,33%) *referência e contra referência*, e com (25%) a *qualidade do atendimento, informatização e acesso da população a todos os serviços*.

Na fala de GAB2 a característica de um sistema integrado é *“onde todos os serviços disponíveis para o paciente estivessem articulados de forma efetiva”*, GAB3 diz *“é necessário o comprometimento de quem está mandando”*, para GAB4 *“é um sistema que funcione que não barre o usuário, ele acaba tendo que caminhar muito e ninguém sabe para onde tem que mandar, porque as vezes não sei para que lado eu encaminho, porque todo dia é uma novidade e o usuário acaba indo e voltando diversas vezes no mesmo lugar sem ter uma resolutividade do caso dele”*.

Como se pode perceber as características identificadas pelos entrevistados como sendo de um sistema integrado de saúde na sua maioria aparecem a resolutividade acompanhada da comunicação e da referência e contra referência, reforçando os dados dos demais gráficos acima, sendo extremamente importante se estabelecer meios de comunicação eficientes e eficazes pelo sistema de saúde para que se possa atingir a qualidade de acesso da população a todos os serviços, ou seja, a qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Enquanto para GR3 *“a gestão deve observar com carinho e ver a importância desse projeto para sair do papel efetivamente”*, GR4 relata *“tem que tem um centro regulador que interligue”*.

A partir da fala do entrevistado GR3 percebe-se a necessidade dos gestores estarem mais envolvidos no processo, no entanto, não cabe somente a eles, até porque estes não possuem poder de governança para tal, é imprescindível que haja um envolvimento e comprometimento de todos os envolvidos no processo.

Outro aspecto a ser observado na organização das redes é o processo de comunicação que orienta o *“fluxo entre os pontos da rede, que garantem uma organização racional de fluxos e*

contrafluxos de informações, sendo estes o sistema regulador e os prontuários” (MENDES, 2011, p. 178).

Diante da enorme quantidade de problemas que normalmente surgem no cotidiano da gestão, há uma necessidade de se “regular o tempo e o foco da atenção”, caso não se deseje que a organização perca o rumo frente à demanda diária de problemas. As pressões que o “dirigente sofre em sua gestão cotidiana contradizem o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo” (MATUS *et al*, 1996 *apud* MAGALHÃES; SILVA; BRÊTAS, 2013, p. 190)

Ainda de acordo com a Portaria 4.279/2010, a estrutura da Rede de Atenção à Saúde é a maneira de superar a fragmentação da atenção e da gestão, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com eficiência e eficácia, bem como a garantia de acesso universal, integral e equânime (BRASIL, 2010).

3.2 A Percepção de usuários dos serviços de saúde

Neste item são apresentados e discutidos os dados encontrados como forma de atender aos objetivos propostos por este estudo. Inicialmente apresentamos o perfil de usuários da UBS e da rede de atendimento que participaram e deram significados a este estudo, seguindo com a apresentação e discussão dos dados e, por fim, a discussão das categorias e subcategorias de análise. Nesse momento, utilizamos os dados de forma confluyente das entrevistas estruturadas aos dados da representação gráfica, já que o mesmo possibilitou uma complementaridade dos resultados encontrados.

3.2.1 Caracterização do Perfil de Usuários dos Serviços da rede de saúde

A partir dos dados do perfil dos participantes do estudo, verificou se que algumas características abordadas são importantes no que tange à contribuição da análise e discussão dos dados.

O estudo contou com a participação de setenta (70) usuários do SUS, sendo estes da UBS e da rede de atendimento,

representados em sua maioria pelo sexo feminino, 56 (80%), sendo somente 14 (20%) do sexo masculino. O perfil dos participantes mostrou que a maioria destes, possui como ocupação serem do lar 33 pessoas (47,14%), seguidas de 13 aposentados (18,57%) e diarista 12 pessoas (17,14%). Em relação a instrução 48 dos entrevistados (68,57%) possuem ensino fundamental incompleto e 11 (15,71%) possuem ensino médio incompleto. No tempo de utilização da UBS identificou-se que 26 dos entrevistados (37,14%) utilizam a UBS a mais de 10 anos e 19 dos entrevistados (27,14%) utiliza a UBS a mais de 20 anos. Quanto ao tempo de utilização do SUS, identificou-se que 27 dos entrevistados (38,57%) utiliza o SUS a mais de 10 anos e 19 dos entrevistados (27,14%) utiliza a mais de 20 anos o SUS. Desta forma, as tabelas a seguir demonstram como se apresentam os demais dados da pesquisa.

Tabela 2 – Perfil dos usuários da UBS e Rede de Atendimento

Variáveis	N	%
Sexo (n=70)		
Feminino	56	80%
Masculino	14	20%
Ocupação (n=70)		
Do Lar	33	47,14%
Aposentados	13	18,57%
Diarista	12	17,14%
Costureira	03	4,28%
Cozinheira	03	4,28%
Auxílio Doença	03	4,28%
Demais ocupações (pintor, caixa,...)	03	4,28%
Instrução (n=70)		
Fundamental Incompleto	48	68,57%

Médio Incompleto	11	15,71%
Médio Completo	04	5,71%
Alfabetizado	03	4,28%
Superior Incompleto	02	2,85%
Fundamental Completo	02	2,85%
Tempo utiliza UBS (n=70)		
Mais de 10 anos	26	37,14%
Mais de 20 anos	19	27,14%
Mais de 30 anos	11	15,71%
Mais de 05 anos	11	15,71%
Mais de 50 anos	02	2,85%
Mais de 40 anos	01	1,42%
Tempo utilização do SUS		
Mais de 10 anos	27	38,57%
Mais de 20 anos	19	27,14%
Mais de 30 anos	10	14,28%
Mais de 05 anos	09	12,85%
Mais de 50 anos	03	4,28%
Mais de 40 anos	02	2,85%

Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015.

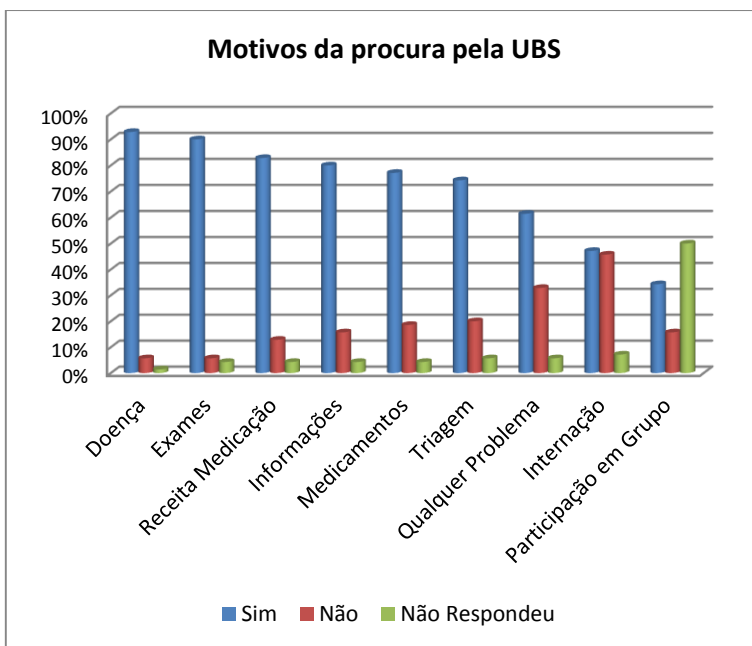
Tendo em vista os dados acima, esses remetem a percepção de que 80% dos entrevistados são do sexo feminino, o que remete à compreensão de que o serviço de saúde possui uma procura muito maior pelas mulheres, pelo fato destas cuidarem mais de sua saúde e de seus familiares.

Comprovado pela análise seguinte que se refere à ocupação dos entrevistados sendo que aproximadamente 50% são do lar, seguidos de aposentados com aproximadamente 19% e 17% como diarista, ou seja, trabalho informal, o grau de instrução dos usuários com ensino fundamental é de aproximadamente 69%

e com ensino médio incompleto de 16%, demonstrando desta forma a baixa escolaridade dos mesmos.

Os dados nos mostram que cerca de 64% dos usuários utilizam a UBS de 10 a 20 anos, seguidos de 65% dos entrevistados utilizam o SUS de 10 a 20 anos, reafirmando os dados acima que nos mostram que a procura pelos serviços de saúde, mais especificamente do SUS e UBS se referem ao perfil de usuários com baixa escolaridade e com maior disponibilidade de procura pelos serviços de saúde da UBS de forma mais corriqueira que as de costume.

Gráfico 5 – Motivos da procura pela UBS

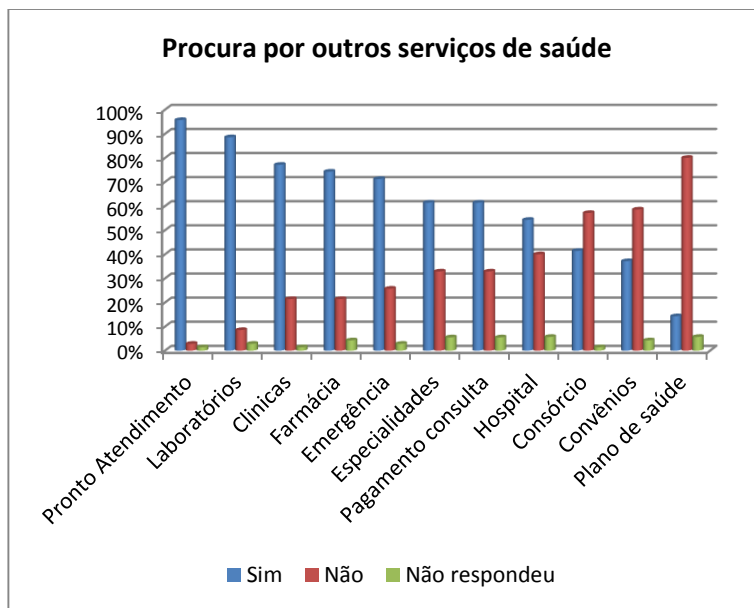


Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Desta maneira percebe-se que a procura pela UBS ocorre muito dentro de uma perspectiva de cunho curativo, medicamentoso, hospitalocêntrico, voltado para a doença e não para a saúde. A pesquisa se propôs a investigar sobre os motivos que os usuários procuram a UBS, sendo a maior procura aparece

pela doença com cerca de 93%, seguido de exames com 90% da procura e receita de medicação e informações com aproximadamente 80%.

Gráfico 6 – Procura por outros serviços de saúde



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

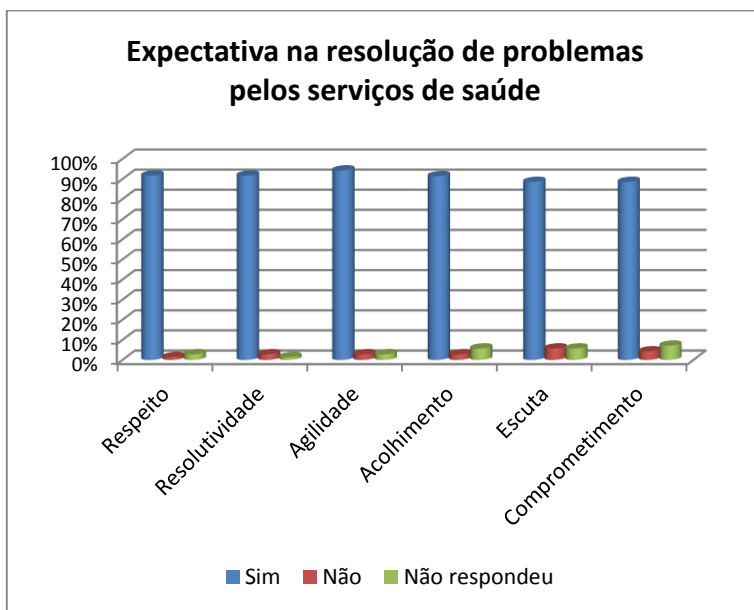
Quando se investigou sobre a procura por outros serviços de saúde aos entrevistados foi evidenciado a grande procura de 95% pelo Pronto Atendimento, em seguida os laboratórios com 88%, clínicas 77%, farmácia e emergência com cerca de 74%, indo de encontro ao gráfico 5 que identifica a procura por conta da doença.

Para tanto, pode-se perceber que apesar de todo o direcionamento da política de saúde estar voltada para uma perspectiva de cunho preventivo, ainda é muito forte e também cultural a demanda espontânea pelos serviços de cunho curativo e medicamentoso, com ênfase na necessidade de medicamentos,

exames e médicos especialistas, conforme indica o dado seguinte com 62% dos entrevistados pagando consultas médicas.

Nesse sentido a fragmentação do sistema faz com que o foco seja a doença ou a prevenção individual, ocasionando a divisão da doença em partes que não se comunicam (Pérez Lázaro; Garcia Alegria, 2001; 2002; Campos, 2003; Mattos, 2004). A visão da atenção aos pacientes deve ocorrer em diversos pontos de atenção, capazes de atender diferentes necessidades, onde o conjunto permite o alcance do cuidado integral. Segundo Mattos (2006) supõe a organização para a busca da integração do cuidado em todo o sistema, através de uma rede mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

Gráfico 7 – Expectativa na resolução de problemas pelos serviços de saúde



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

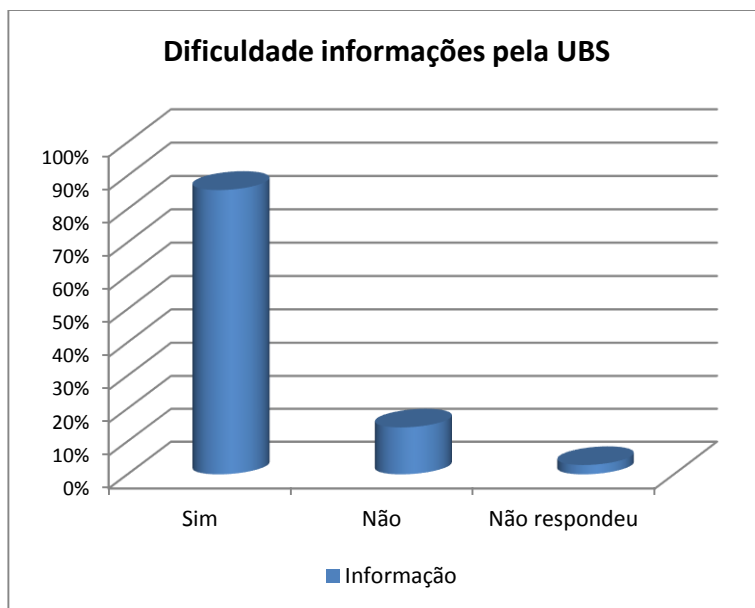
Em termos de expectativa dos usuários quanto a resolução dos problemas pelo serviço de saúde, pode ser observado no gráfico 7, na percepção dos entrevistados de 91% a 95% destes

identificam que existem respeito, agilidade, resolutividade e acolhimento nos serviços, seguidos de escuta e comprometimento dos serviços com 88%.

O gráfico evidenciou que os entrevistados estão satisfeitos com a resolutividade das ações prestadas pelos serviços de saúde, o que difere em outros momentos nas demais perguntas elencadas na pesquisa, como demonstra o gráfico 8 referente a dificuldade das informações da UBS, ocasionando na incompatibilidade de algumas respostas.

O principal fator que o usuário busca uma UBS é justamente a expectativa de ter seu problema resolvido no próprio serviço, ou que o mesmo possa ajuda-lo a acessar o serviço que resolveria seu problema, ela deve ser também resolutiva e porta de entrada para outros serviços do sistema.

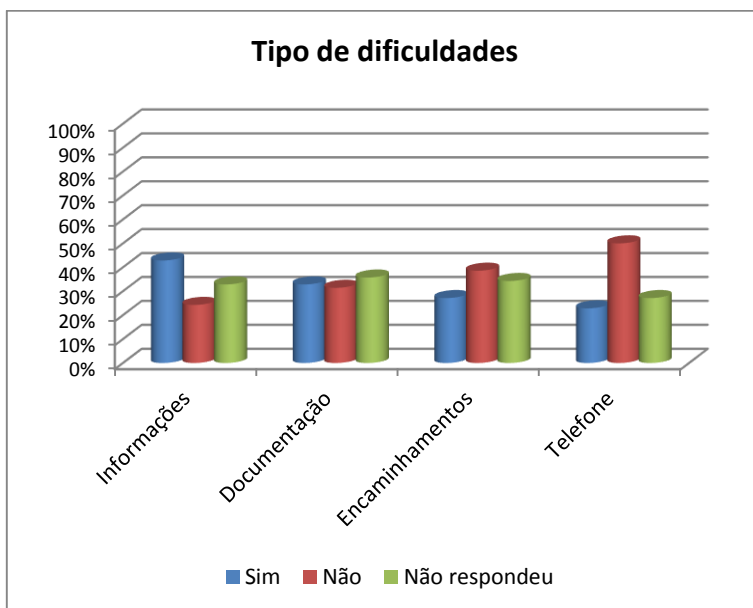
Gráfico 8 – Dificuldades de informações pela UBS



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Ao serem questionados sobre as dificuldades de informações pela UBS, os entrevistados 85% apontaram que possuem dificuldades e 14% não possuem dificuldade de informações.

Gráfico 9 – Tipo de dificuldades



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

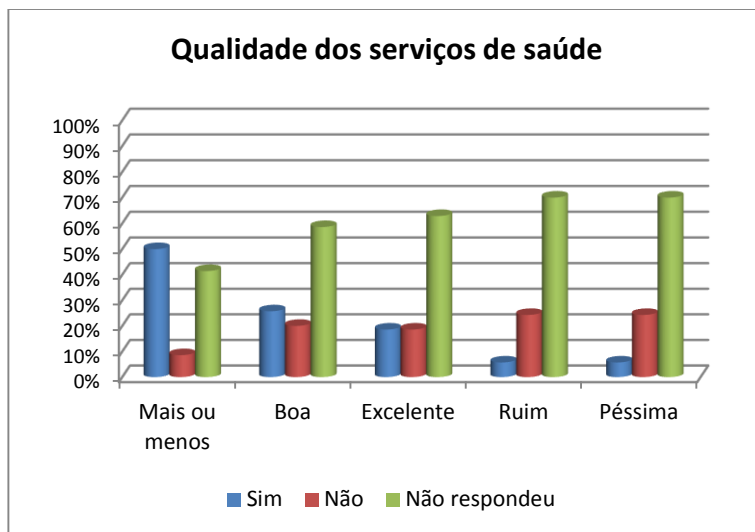
Neste gráfico fica evidenciado novamente a dificuldade que existe no que se refere ao repasse de informações da UBS aos usuários, bem como podemos perceber este reflexo no gráfico 2, 3 e 4, ao se referir a dificuldade de comunicação que se faz presente cotidianamente nos serviços, seja, por gestores, usuários ou profissionais da saúde.

Portanto, mais uma vez está evidenciado que estas dificuldades estão bem presentes em todas as formas de se estabelecer informações, seja ela por via formal ou informal.

As dificuldades apontadas pelos entrevistados 42% se referem a informações, 32% documentação e 27% aos encaminhamentos.

No entanto, gerir o cuidado é gerir também a informação de cada usuário, onde no “transitar na rede segundo as necessidades, estabelecendo fluxo de comunicação, de conversa entre equipes e serviços (MAGALHÃES, 2014, p. 31).

Gráfico 10 – Qualidade dos serviços de saúde

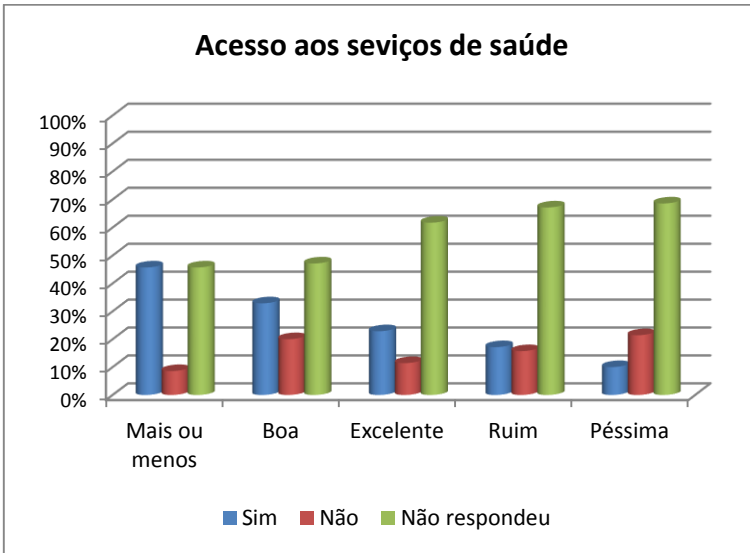


Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Em termos de qualidade dos serviços de saúde utilizados pelos usuários, os dados nos revelam que 50% dos entrevistados avalia como mais ou menos a qualidade e 25% identifica como sendo boa.

Ante os dados apontados acima, pode-se perceber que os usuários avaliam que é necessário melhora na qualidade dos serviços prestados aos usuários destes serviços.

Gráfico 11 – Acesso aos serviços de saúde



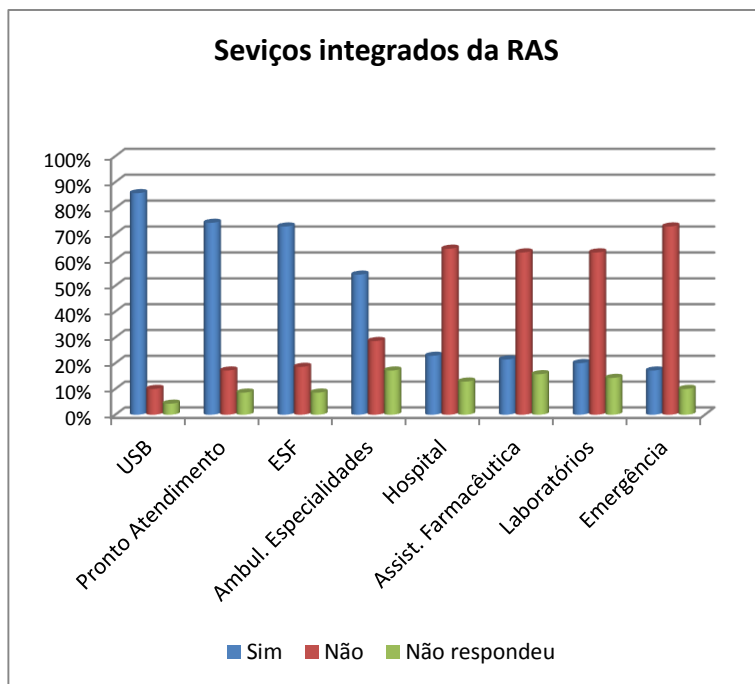
Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Ao se investigar a facilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, 32% dos entrevistados avaliam como mais ou menos o serviço, 23% avalia como sendo bom e 16% sendo ruim.

Pode-se analisar que diante dos dados apresentados os usuários que obtiveram suas respostas entre mais ou menos, ruim e péssima somam aproximadamente 60%, percebendo-se a grande dificuldade de acessar aos serviços existentes. Demonstrando desta forma, a necessidade urgente de rever a organização do sistema como um todo.

A “inadequação da utilização dos serviços é decorrente da ausência de uma maior integração dos serviços organizados em RAS”. Fica evidente quando constatamos as dificuldades que a segmentação entre os serviços e a fragmentação do cuidado acarretam para os usuários. Além disso, não conseguem ter a “garantia da continuidade do cuidado quando precisam utilizar os serviços em outros níveis de complexidade”, tais como os de um especialista ou de um hospital, persistindo desta forma a “segmentação/fragmentação no contexto atual do SUS” (CARVALHO; MEDEIROS, 2013, p. 153-154)

Gráfico 12 – Serviços integrados da RAS



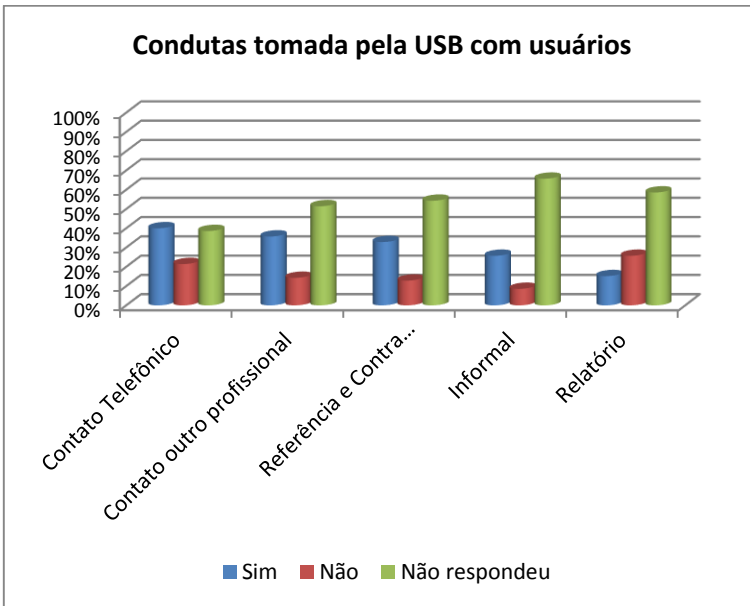
Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

Os serviços integrantes da RAS segundo os entrevistados 85% se referem as UBS, 74% ao Pronto Atendimento, 72% a ESF e 54% ao Ambulatório de Especialidades.

Quanto ao que foi identificado como os serviços integrantes da RAS, evidenciou-se através dos entrevistados que 111% das respostas mencionam atenção primária, 67% atenção secundária e 80% se referem a atenção terciária. Os dados nos mostram um número expressivo de usuários que entende atenção secundária e terciária como não integrantes da rede.

A estrutura operacional da rede de uma rede de atenção à saúde é constituída por diferentes pontos, onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam (Mendes, 2011).

Gráfico 13 – Condutas tomadas pela UBS com os usuários



Fonte: Dados da pesquisa da autora, Lages-SC, 2015. A opção de escolha se refere a mais de uma resposta.

De acordo com o gráfico 13 pode-se verificar que conforme relato dos entrevistados a maioria destes se refere a forma de conduta dos serviços para tomada de decisão 40% acontecem por telefone e 35% por contato pessoal com outros profissionais e 32% referência e contra referência.

No entanto, os dados são expressivos quando os entrevistados dizem que a conduta tomada na situação não acontece por nenhum dos itens apresentados na pesquisa.

A qualificação do cuidado ao usuário está diretamente relacionada à participação dos trabalhadores das unidades no processo de gestão e organização dos fluxos de trabalho, sendo fundamental os gestores municipais investirem na democratização da gestão e na “incorporação dos princípios ético-políticos do SUS” pelas equipes de saúde. A implantação de estratégias de educação permanente e a disponibilização de “instrumentos e ferramentas de gestão” para que possam operar

mudanças devem ser prioridades de todos os gestores municipais (CARVALHO; MEDEIROS, 2013, p. 154)

Vale ressaltar que o funcionamento de fluxo é essencial, pois organiza o acesso dos usuários aos diferentes pontos dos serviços, evitando a “peregrinação” em busca de atendimento, otimizando e facilitando a implantação de mecanismos de cuidado dos usuários aos serviços para a integração dos serviços de saúde (SILVA, 2004 p. 244).

O cenário da conjuntura atual da saúde perpassa por diferentes dificuldades no âmbito de cunho político, financeiro, tecnológico e técnico, onde a expansão e consolidação das RASs se faz necessária não só a partir destes aspectos, mas sim no âmbito estrutural como um todo, onde a comunicação, resolatividade, qualidade do atendimento são fatores primordiais. No entanto, chamamos atenção para um fator de extrema relevância que são os atores envolvidos no processo, pois não basta ter toda estrutura se não temos mudança de atitudes, não só dos gestores, mas dos profissionais e dos próprios usuários.

É premente a necessidade de um trabalho mais efetivo com a rede e com os usuários, no sentido de que estes se sintam corresponsáveis pelo processo, que a saúde não se faz apenas com as tecnologias e mão de obra, mas sim no viés da educação popular, permanente e comunitária, mais precisamente como potencializador do controle social.

Além disso, a relevância do papel do pesquisador como dispositivo de reflexão para gestores.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na perspectiva de analisar o cenário de estruturação das Redes de Atenção à Saúde, esta pesquisa se constituiu por meio de uma análise qualitativa e quantitativa a partir da percepção dos gestores, profissionais e usuários sobre o funcionamento das redes em que atuam. Com isto tentou-se obter uma visão dupla dos atores envolvidos diretamente no processo.

Emergiu sobre a RASs a percepção de um processo em construção, um novo modelo de atenção à saúde, baseado no cuidado e que apresente melhoria de qualidade de vida dos usuários. Neste sentido, entendemos que existe uma nova concepção de saúde, pautada no cuidado, na humanização, no respeito, no empoderamento e no protagonismo dos sujeitos.

Conforme observado nesta pesquisa a fragilidade na estrutura e funcionamento das redes de atenção a saúde no município de Lages, indicam que o SUS ainda é um sistema fragmentado e com dificuldades no acesso, com deficiências tecnológicas, articulação e comunicação entre os pontos da rede, reafirmando os resultados da pesquisa quanto a incipiência do desenvolvimento das redes de atenção, dificultando desta forma o alcance da integralidade do cuidado.

A análise da percepção dos entrevistados permitiu identificar que existem dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação das redes, dentre elas, destaca-se os recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, qualificação dos gestores, governança, ou seja, estas questões são recorrentes e históricas, porém exigem mudanças profundas, para não colocar em risco as conquistas do SUS.

Evidenciou-se a partir dos entrevistados, que as ações de regulação, controle e avaliação do SUS são incipientes e que há uma necessidade de melhor estruturá-las.

O desenvolvimento do SUS necessita contemplar o enfrentamento de seus problemas, dentre eles salienta-se: os estruturais; de financiamento; e presença de profissionais com perfil adequado e em quantidade suficiente. É preciso desenvolver capacidade de resposta rápida ante as mudanças, aumentar a capacidade de resolução de problemas para garantir o acesso universal e de qualidade, é premente a capacidade de tomada de decisão e de atuação sobre problemas, e não apenas descentralização de responsabilidades.

Há uma distância muito grande entre a estrutura e funcionamento de nossas organizações em geral e de saúde em particular em suas várias instâncias e o que a sociedade espera delas.

A pesquisa aqui proposta evidencia que embora os entrevistados não tenham conhecimento sistematizado sobre RASs, estes conhecem minimamente as suas características e funcionamento. O sistema deve ser ordenado em função das necessidades de saúde, o que se apresenta é que estes acontecem através de livre demanda, com inexistência de planejamento e/ou até mesmo incipientes nas linhas de cuidado.

Contudo, o modo como se dá o acesso e a “insuficiência de normativas” que orientem o acesso e o trânsito dos usuários na rede, parece revelar uma AB que, na maior parte dos casos não está organizada para ordenar o acesso aos demais serviços da rede (MAGALHÃES; PINTO, 2013, p. 21)

Se faz necessário desenvolver soluções para os problemas que estão latentes na sociedade, dentre eles todos os que foram elencados ao longo da pesquisa, são indicativo para se elaborar e dar respostas ao que a sociedade espera e necessita.

É necessário trabalhar na perspectiva de modelos de gestão democráticos, planejamento, comunicação intensa, com sistemas de avaliação e monitoramento das ações e resultados alcançados, a curto, médio e longo prazo são fundamentais para uma nova organização dos serviços de saúde.

Na visão dos entrevistados a rede é formada por diferentes serviços e de diferentes densidades tecnológicas que se integram, incluindo serviços básicos de saúde, hospitais e urgências.

Além disso, a pesquisa mostrou que apesar de todos os esforços do MS no que tange a efetivação das RASs, ainda se percebe a visão apenas na integralidade, perdendo de vista o contexto da capacidade de organizar os serviços em linhas de cuidado.

Desta maneira, a partir do entendimento de gestores, profissionais da saúde e usuários foi possível conhecer como está a implantação, estruturação e organização das RASs, além de identificar as facilidades e dificuldades para a estruturação das RASs no município a partir da compreensão dos entrevistados acerca da sistemática de funcionamento da Atenção Básica e se

estas atendem às reais necessidades da população nas RASs ficando evidenciado que isto acontece de forma parcial.

De certa maneira a articulação entre APS e os demais níveis de atenção a saúde no que se refere ao aspecto da intersetorialidade, existe uma fragilidade quase que constante que se apresenta na rede. É preciso destacar que a ideia de integração a luz da intersetorialidade pauta-se na articulação/integração dos serviços e da interdisciplinaridade.

Faz-se necessário destacar não só os serviços de saúde, mas outros espaços de trocas que podem contribuir para atender as necessidades de saúde dos sujeitos do SUS.

Emergiram reflexões sobre a fragmentação do sistema como um obstáculo ao exercício do direito social à saúde. As redes de atenção à saúde carregam a esperança de tornar o SUS efetivo na prática, organizando a atenção e possibilitando o alcance da integralidade.

Existem dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação das redes, dentre elas, destaca-se os recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, qualificação dos gestores, problemas de comunicação e governança, ou seja, estas questões são recorrentes e históricas, porém exigem mudanças profundas, para não colocar em risco as conquistas dos SUS.

No entanto, o desafio está na necessidade urgente dos profissionais compreenderem o contexto político da política de saúde, assim o maior “desafio enfrentado pelo SUS é político” (Paim, 2011, p. 28)

O que se espera é que esses profissionais tenham uma visão holística dos problemas de saúde, estejam predispostos a trabalhar em equipe e contribuam para que os diferentes conhecimentos, competências e habilidades, atendidas as especificidades de cada área, interajam e se articulem de forma interdisciplinar (SILVA, 2013, p. 207).

No entanto, os resultados apontam que há fragilidade no comprometimento dos gestores, profissionais e usuários, pois não há um direcionamento adequado para as questões da rede, o que acaba gerando insatisfação nos diferentes âmbitos do trabalho.

As hipóteses da pesquisa se concretizaram quando se referem a deficiência na compreensão dos profissionais acerca das RASs como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde; a fragilidade institucional do SUS com falta de continuidade da atenção em saúde e infraestrutura inadequada das

unidades básicas de saúde implicando em pequena estruturação das RAS; a excessiva utilização da ESF na atenção às condições agudas dificulta o processo de consolidação das RAS.

É premente a necessidade da consolidação de estratégias de enfrentamento a complexa problemática das RAS, sendo essencial o conhecimento sobre os fatores facilitadores (como sistema de referência e contra referência consolidado, educação permanente dos profissionais e planejamento dos serviços) e dificultadores (como as barreiras de acesso, falta de preparo profissional e precariedade dos sistemas de informação) para a construção de redes de saúde integradas (MENDES, 2010) visando respostas efetivas no sistema.

Dessa maneira, embora diante das legislações que respaldam a implantação, estruturação e efetivação das RASs nos municípios e do atual cenário da saúde no Brasil, nota-se ainda resistência para mudanças, contudo, estas mudanças não ocorrem de fora para dentro e sim de dentro para fora, precisam ser sensibilizados da real necessidade, eficiência e eficácia da mesma.

Os resultados denotam a necessidade de enquanto pesquisadora tecer algumas recomendações, no sentido de dar amplitude aos achados na pesquisa. Para tanto cabe-nos tecer sobre os seguintes pontos que ao meu ver precisam ser revisitados enquanto política pública como: investir na atenção primária para que ela possa ampliar a capacidade de coordenação/articulação/regulação da comunicação com os demais serviços da rede; trabalho sustentado por serviços e não por relações personalizadas; desburocratizar os fluxos e contra fluxos do sistema; investir no processo de formação das redes, com novas práticas e nova cultura institucional na saúde; aprimoramento de todos os processos de gestão; bem como estruturar diretrizes de trabalho no cotidiano das equipes da Estratégia de Saúde da Família é uma tarefa essencial, uma vez que é considerada a principal porta de entrada do SUS.

Portanto, esta pesquisa é fundamental no sentido de contribuir com o município para que sejam identificadas as fragilidades do sistema e possam pensar em alternativas que venham de encontro a real necessidade do que os entrevistados apontam, suprimindo as lacunas para construção e consolidação das

RAS, bem como fomentar a discussão acerca das formas de incrementar e/ou ampliar a resolutividade de um fluxo mais ordenado entre os diferentes serviços, incentivando e proporcionando espaços de reflexão dos profissionais e gestores.

CAPÍTULO 4. ARTIGO CIENTÍFICO

O artigo foi elaborado a partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, cujo objetivo foi analisar a percepção de gestores, profissionais da saúde e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde em um município de médio porte do Estado de Santa Catarina.

Para tanto, o estudo aqui proposto culminou na produção do artigo intitulado “Redes de Atenção à Saúde, panorama e desafios: a percepção de gestores, profissionais e usuários em um município de médio porte de Santa Catarina”.

4.1 ARTIGO – REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE, PANORAMA E DESAFIOS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIOS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE SANTA CATARINA.

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PERCEPÇÃO GESTORES, PROFISSIONAIS E USUÁRIO DE LAGES/SC¹

CAMPOS, Audrilara Arruda Rodrigues²
OLIVEIRA, Maria Conceição de³

ABSTRACT

This study aimed to analyze the perception of managers, professionals and users on the Health Care Networks in Lages/SC. It was based on the perspective of the Decalogue Minayo's¹ hermeneutic-dialectic, with qualitative and qualitative approach. Participants were 12 managers from UBS and semi-structured network; professionals were 06 focus groups and users from UBS and its network, totaling 70 respondents. Analysis of data was simple frequency and descriptive, by group, defined in categories and subcategories. Ethical procedures in compliance with Resolution 466/12 and IC approved by ZIP code, view 091-2013. Some weaknesses in the structure and operation of networks were revealed, such as difficulty in access, deficient articulation and communication between different network points. The results indicate deficiency in understanding the professionals about the RAS and the health care system organization; regarding users, up excessive use of UBS in acute conditions has been revealed. Conclusion is that there is no effective RASs in the city, thus it is still in its infancy, making it impossible to completeness in the perspective of care and coordination between the actors involved so that obstacles are overcome through strategies that ensure the effectiveness of the RASS.

Keywords: Health; Health Care Networks; Primary Health Care.

¹ Esta pesquisa possui apoio do FUMDES.

² Assistente Social, Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde, da Universidade do Planalto Catarinense (PPGAS) – UNIPLAC. E-mail: audrilara@gmail.com

³ Médica, Docente do Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde, da Universidade do Planalto Catarinense (PPGAS) – UNIPLAC. E-mail: mcconceicao@gmail.com

RESUMO

Objetivou-se analisar a percepção de gestores, profissionais e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde em Lages/SC. Fundamentou-se na perspectiva da hermenêutica-dialética do decálogo Minayo 1, com abordagem quali-qualitativa. Os participantes, 12 gestores sendo da UBS e rede com roteiro semiestruturado; quanto aos profissionais foram 06 grupos focais e usuários da UBS e rede totalizando 70 entrevistados. Análise dos dados foi descritiva de frequência simples, por agrupamento, delimitadas em categorias e subcategorias. Procedimentos éticos de acordo com a Resolução 466/12 e TCLE, aprovado pelo CEP, parecer 091-2013. Revelaram-se fragilidades na estrutura e funcionamento das redes, como dificuldade no acesso, deficiência na articulação e comunicação entre os diferentes pontos da rede. Os resultados indicam deficiência na compreensão dos profissionais acerca da RAS e na organização do sistema de serviços de saúde; no que tange os usuários evidenciou-se a excessiva utilização da UBS nas condições agudas. Conclui-se não existir uma RAS efetiva no município, ainda está incipiente, impossibilitando a integralidade na perspectiva do cuidado e articulação entre os atores envolvidos, para que sejam superados os obstáculos através de estratégias que assegurem a efetivação das RASs.

Palavras-Chave: Saúde; Redes de Atenção a Saúde; Atenção Primária a Saúde.

INTRODUÇÃO

O estudo aborda a estruturação das Redes de Atenção à Saúde (RAS), considerando a proposta de organização de serviços, visando alcançar melhores práticas com mecanismos organizacionais mais eficientes. As RAS surgem como nova possibilidade no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da identificação da insuficiência do modelo de saúde vigente que

não tem conseguido alcançar respostas resolutivas aos desafios apresentados. Por ser esta estratégia da estruturação das RAS bastante recente esta discussão se torna relevante uma vez que aponta para a importância de pesquisas que evidenciem como está o processo de implantação das RAS nos diferentes contextos dos serviços de saúde.

As RAS são apontadas como nova possibilidade, conforme indica a Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010 do Ministério da Saúde do Brasil 2, a partir da identificação da insuficiência do modelo de saúde vigente que não tem conseguido alcançar respostas resolutivas aos desafios sanitários. Esta reflexão parte da premissa da necessidade de pesquisas acerca da estruturação das RAS em contextos locais específicos, devido ao seu caráter inovador enquanto nova proposta de organização de serviços visando alcançar melhores práticas clínicas com mecanismos organizacionais mais eficientes.

O entendimento do que significa a Estratégia de Saúde da Família (ESF) só é possível em contraposição ao modelo atual, buscando como objeto de atenção o indivíduo enquanto membro de uma família e um cidadão da comunidade, conforme sugere a Portaria n. 648 do Ministério da Saúde do BRASIL 3.

Para tanto, a Atenção Primária à Saúde (APS) que se caracteriza por uma atenção ambulatorial não especializada ofertada através de unidades de saúde de um sistema, ou seja, atividades de saúde pública. Desta forma a APS se torna extremamente importante para a organização da RAS, onde se configura como sendo a principal estratégia para a coordenação do cuidado em saúde. Pois ao identificar a “fragmentação do SUS e o desalinhamento do sistema”, a implantação da RAS surge como forma de superar esses problemas”, propondo que, “coordenem o sistema, reduzam as redundâncias, alinhem os objetivos com os incentivos financeiros, promovam a integração clínica e coordenem os mecanismos de governança”, conforme indica Mendes 4.

Buscando contribuir na construção deste conhecimento esta pesquisa tem como objetivo central analisar a percepção de gestores, profissionais e usuários da saúde da Atenção Básica sobre as Redes de Atenção à Saúde de Lages, ou seja, verificar a visão de gestores e profissionais da saúde sobre como está a implantação, estruturação e organização das RAS; conhecer a compreensão dos entrevistados acerca da sistemática de

funcionamento da Atenção Básica e se estas atendem às reais necessidades da população nas RAS; verificar como se estabelece a articulação entre APS e os demais níveis de atenção à saúde. Neste sentido, torna-se significativo conhecer o contexto das RAS, de modo a ampliar o conhecimento científico nesta área, favorecendo a construção de ações e decisões que possam ser implementadas na gestão e nos serviços de saúde, para que de fato aconteça a ordenação da RAS e a coordenação do cuidado, por meio do acesso ‘universal e igualitário’ às ações e aos serviços da rede.

METODOLOGIA

Fundamentou-se na perspectiva da hermenêutica-dialética, desenvolvida através do decálogo proposto por Minayo¹ a partir da abordagem quali-qualitativa, distribuídas em dez etapas da investigação, a partir de uma pesquisa de campo, bibliográfica e exploratória. Foi realizada no município de Lages-SC; tendo como participantes da pesquisa uma amostra de 30% das UBS, ou seja, 06 gestores da UBS e 06 da rede de atendimento, totalizando 12 entrevistados a partir de um roteiro semiestruturado de perguntas; com os profissionais das UBS foi utilizado grupo focal. Participaram da pesquisa de 05 a 10 usuários de cada local, sendo estes escolhidos de forma aleatória, em cada uma das UBS e demais serviços que compõem a rede, perfazendo um total de 70 entrevistados. Análise dos dados aconteceu através da análise descritiva de frequência simples, seguindo a forma de decálogo por agrupamento delimitadas em categorias e subcategorias. Quanto aos procedimentos éticos estes estão em conformidade com a Resolução 466/12 e apresentação do TCLE aos participantes da pesquisa e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNIPLAC, sob o parecer nº 091-2013.

RESULTADOS E DISCUSSÃO DA PESQUISA

Os resultados aqui apresentados referem-se às entrevistas aplicadas aos gestores, profissionais e usuários. Para fins deste artigo iremos efetuar uma análise avaliativa simples da rede de atenção à saúde, discutindo as principais categorias de análise

quanto ao processo de estruturação das RAS e os demais níveis de atenção e sistema e serviços integrantes das RASs.

A pesquisa evidenciou a deficiência na compreensão dos profissionais acerca das RAS como uma estratégia de organização do sistema de serviços de saúde; a fragilidade institucional do SUS com falta de continuidade da atenção em saúde e infraestrutura inadequada das unidades básicas de saúde e dos demais serviços que compõem a rede; por parte dos usuários ficou evidenciado a excessiva utilização da UBS na atenção às condições agudas dificulta o processo de consolidação das RAS.

PROCESSO DE ESTRUTURAÇÃO RAS E ARTICULAÇÃO DA APS E DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO A SAÚDE

No que se refere ao processo de estruturação das RASs a pesquisa evidenciou que (41,66%) dos entrevistados desconhece qualquer tipo de estruturação, no entanto as demais (8,33%) como rede cegonha, urgência e emergência e psicossocial que de fato estão se organizando por conta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET – Redes de Atenção à Saúde – do Ministério da Saúde) parceria entre a Uniplac e a Secretaria Municipal de Saúde de Lages, os gestores e profissionais não tem conhecimento se quer da sua existência.

Quanto ao que foi identificado como incipiente os dados nos mostram que (58,33%) dos entrevistados não sabem sobre o que se trata as RASs, não identificando desta forma o que se apresenta incipiente na RAS, a seguir com (50%) referem-se a referência e contra referência como sendo um dos nós críticos da RAS, seguido (33,33%) da falta de comunicação e do entendimento que se está iniciando o processo. Fica claro que a falta de comunicação é um entrave nos sistemas de saúde, onde as pessoas ficam reféns de informações, sem conhecer se quer o que existe no próprio município, ou mesmo no próprio serviço de saúde a qual estão vinculados. Nos chama atenção o fato de que a grande maioria dos entrevistados desconhecem a RAS e diz não conhecer nenhuma estruturação da mesma.

Para tanto, a Rede de Atenção à Saúde representa uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os “diferentes níveis e densidades

tecnológicas de atenção estejam articulados” e adequados para o atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde, segundo Silva e Magalhães 5 (2013 p.85).

No entanto, é imprescindível reafirmar a expectativa já definida de “empoderar” a Atenção Primária como “elemento estratégico e estrutural” na construção dessas redes. Entende-se por “empoderar” a real valorização da ‘Base’ como “ordenador do conjunto de serviços que se completam de forma inter-relacionáveis”, como afirmam Carvalho e Medeiros 6 (2013 p. 156).

Na opinião dos entrevistados se acontece articulação entre APS e os demais níveis de atenção foi apresentado (50%) a dificuldade de comunicação, e (50%) a não existência de referência e contra referência entre ambos, seguido por (41,66%) diz não acontecer esta articulação.

Conforme relato GR1 *“ainda está muito cru essa questão entre as redes, acredito que ainda precise ser amadurecido, ser conversado, dialogado para que isso funcione”*, enquanto para o GF1 *“muitas vezes não sabem na realidade o que são cada um dos níveis de atenção”*.

Os dados acima, nos reportam mais uma vez que a grande dificuldade de articulação da rede está na comunicação e na dificuldade de se estabelecer a referência e contra referência, confirmando que não acontece a articulação e quando acontece em poucos momentos é falha, precisando ser melhorada nestes aspectos.

De acordo com Silva 7 (2013, p. 241) o “gerenciamento das redes de atenção à saúde no SUS” é constituído pelos “processos que legitimam a rede”, ou seja, as unidades assistenciais, os serviços, com as funções a serem desempenhadas por cada ponto, com competências, fluxos, monitoramento, avaliação e efetividade do sistema.

A complexa articulação entre os diferentes componentes da rede nos remete a Mendes 4 (2011, p. 148) dizendo que a “cooperação entre os participantes da rede não é automática” acontece através de “negociações e acordos mediante processos gerenciais adequados”.

Quando se investigou as facilidades para a estruturação das RASs os entrevistados apontaram, (91,66%) não saberem e

(16,66%) não responderam. Quanto as dificuldades na percepção dos entrevistados, as respostas mais frequentes foram, (50%) burocracia, comunicação e rotatividade profissional; seguido de (41,66%) comprometimento profissional. Os desafios apresentados pelos entrevistados se apresentam como: (50%) comunicação e referência e contra referência, seguido com (41,66%) da gestão.

De acordo com os dados pesquisados pode-se verificar que conforme relato dos entrevistados a maioria destes não sabem e não responderam as facilidades para estruturação das RASs, o que vem de encontro quando perguntado sobre as dificuldades a maioria dos entrevistados se referem a *comunicação, burocracia e rotatividade profissional* ficaram entre os itens que mais apareceram como resposta, seguido dos também da comunicação, referência e contra referência e gestão como os quesitos que mais foram citados como desafios na estruturação da RAS.

Esta constatação sobre a dificuldade de comunicação quanto a referência e contra referência entre a rede os serviços e os vários níveis de atenção das RAS é reforçada na avaliação dos entrevistados como deficiente.

Os serviços de referência, após prestar o cuidado, devem encaminhar ao serviço de origem do usuário, as informações necessárias para a continuidade do cuidado, o que é denominado de contra referência. Observa-se nos relatos dos entrevistados que isto não acontece como deveria de acordo com GF1 *“os pacientes são mandados de um lado para o outro, até mesmo por nós, porque não temos as informações necessárias para passar ao paciente, eles sabem mais do que nós, isso é uma vergonha”*.

Para dar conta desse fluxo acertado, são necessários definição e o conhecimento de cada ponto de atenção, como clareza dos fluxos e do papel ordenador e facilitador do “aparato regulatório público” Magalhães 8; Pinto (2014, p.16). Desta forma, as estruturas regulatórias passam a ter um papel de defesa dos direitos e necessidades reais dos usuários e de monitoramento do funcionamento da rede.

Para tanto, a Rede de Atenção à Saúde representa uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os “diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados” e adequados para o

atendimento integral ao usuário e para a promoção da saúde, segundo Brêtas *et al* 9.

Na opinião dos entrevistados se acontece articulação entre APS e os demais níveis de atenção foi apresentado (50%) a *dificuldade de comunicação*, e (50%) a *não existência de referência e contra referência* entre ambos, seguido por (41,66%) *não acontecer esta articulação*.

Os dados acima, nos reportam mais uma vez que a grande dificuldade de articulação da rede está na comunicação e na dificuldade de se estabelecer a referência e contra referência, confirmando que não acontece a articulação e quando acontece em poucos momentos é falha, precisando ser melhorada nestes aspectos.

De acordo com Silva 5, o “gerenciamento das redes de atenção à saúde no SUS” é constituído pelos “processos que legitimam a rede”, ou seja, as unidades assistenciais, os serviços, com as funções a serem desempenhadas por cada ponto, com competências, fluxos, monitoramento, avaliação e efetividade do sistema.

A complexa articulação entre os diferentes componentes da rede nos remete a Mendes 4 dizendo que a “cooperação entre os participantes da rede não é automática” acontece através de “negociações e acordos mediante processos gerenciais adequados”.

CARACTERÍSTICAS SISTEMA INTEGRADO DE SAÚDE

Ao serem questionados sobre quais as características de um sistema integrado de saúde, os entrevistados apontaram que (41,66%) a *resolutividade* e a (41,66%), *comunicação* são os aspectos que mais apareceram nas respostas, posteriormente (33,33%) *referência e contra referência*, e com (25%) *a qualidade do atendimento, informatização e acesso da população a todos os serviços*.

Como pode-se perceber as características identificadas pelos entrevistados como sendo de um sistema integrado de saúde na sua maioria aparecem a resolutividade acompanhada da comunicação e da referência e contra referência, reforçando os dados da questão acima, sendo extremamente importante se

estabelecer meios de comunicação eficientes e eficazes pelo sistema de saúde para que se possa atingir o próximo item elencado pelos entrevistados que é o acesso da população a todos os serviços, ou seja, a qualidade do atendimento aos usuários do sistema de saúde.

Outro aspecto a ser observado na organização das redes é o processo de comunicação que orienta o *“fluxo entre os pontos da rede, que garantem uma organização racional de fluxos e contra fluxos de informações, sendo estes o sistema regulador e os prontuários”*, segundo Mendes 4.

Diante da enorme quantidade de problemas que normalmente surgem no cotidiano da gestão, há uma necessidade de se “regular o tempo e o foco da atenção”, caso não se deseje que a “organização perca o rumo frente à demanda diária de problemas”. As pressões que o “dirigente sofre em sua gestão cotidiana contradizem o planejamento, a regulação racional do foco de atenção e o uso inteligente do tempo”, conforme disse Magalhães 8.

Ainda de acordo com a Portaria 4279/2010 do Ministério da Saúde do BRASIL 2, a estrutura da Rede de Atenção à Saúde é a maneira de superar a fragmentação da atenção e da gestão, visando assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com eficiência e eficácia, bem como a garantia de acesso universal, integral e equânime.

PERFIL USUÁRIO DA ESF E REDE DE ATENDIMENTO

Tendo em vista os dados da pesquisa, estes nos remetem a percepção de que 80% dos entrevistados são do sexo feminino, o que nos remete a compreensão de que o serviço de saúde possui uma procura muito maior pelas mulheres, pelo fato destas cuidarem mais de sua saúde e de seus familiares.

Comprovado pela análise seguinte que se refere a ocupação dos entrevistados sendo que aproximadamente 50% são do lar, seguidos de aposentados com aproximadamente 19% e 17% como diarista, ou seja, trabalho informal, o grau de instrução dos usuários com ensino fundamental é de aproximadamente 69% e com ensino médio incompleto de 16%, demonstrando desta forma a baixa escolaridade dos mesmos.

Os dados nos mostram que cerca de 64% dos usuários utilizam a UBS de 10 a 20 anos, seguidos de 65% dos

entrevistados utilizam o SUS de 10 a 20 anos, reafirmando os dados acima que nos mostram que a procura pelos serviços de saúde, mais especificamente do SUS e UBS se referem ao perfil de usuários com baixa escolaridade e com maior disponibilidade de procura pelos serviços de saúde da UBS de forma mais corriqueira que as de costume.

MOTIVOS E PROCURA PELOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A pesquisa se propôs a investigar sobre os motivos que os usuários procuram a UBS, sendo a maior procura por conta da doença com cerca de 93%, seguido de exames com 90% da procura e receita de medicação e informações com aproximadamente 80%.

Desta maneira percebe-se que a procura pela UBS ocorre muito dentro de uma perspectiva de cunho curativo, medicamentoso, hospitalocêntrico, voltado para a doença e não para a saúde.

Quando se investigou sobre a procura por outros serviços de saúde aos entrevistados foi evidenciado a grande procura de 95% pelo Pronto Atendimento, em seguida os laboratórios com 88%, clínicas 77%, farmácia e emergência com cerca de 74%, indo de encontro aos demais dados apresentados na pesquisa, que identifica a procura por conta da doença.

Para tanto, pode-se perceber que apesar de todo o direcionamento da política de saúde estar voltada para uma perspectiva de cunho preventivo, ainda é muito forte e também cultural a demanda espontânea pelos serviços de cunho curativo e medicamentoso, com ênfase na necessidade de medicamentos, exames e médicos especialistas, conforme indica o dado seguinte com 62% dos entrevistados pagam consultas médicas.

De acordo com Magalhães 10 (2014) este cenário se dá por conta da insuficiência de resposta da Atenção Básica, seja por “seus processos de trabalho, ainda hegemônicos, seja pelo pequeno arsenal tecnológico ou pela tradição de horários de funcionamento em dias úteis e período diurno”.

Nesse sentido a fragmentação do sistema faz com que o foco seja a doença ou a prevenção individual, ocasionando a divisão da doença em partes que não se comunicam, segundo

Pérez e Garcia 11 (2001, 2002), juntamente com Campos 12 (2003) e Mattos 13 (2004). A visão da atenção aos pacientes deve ocorrer em diversos pontos de atenção, capazes de atender diferentes necessidades, onde o conjunto permite o alcance do cuidado integral. De acordo com Mattos 14 (2006) supõe a organização para a busca da integração do cuidado em todo o sistema, através de uma rede mais estruturada de forma a maximizar as possibilidades de atendimento.

QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Em termos de qualidade dos serviços de saúde, os dados nos revelam que 50% dos entrevistados avalia como mais ou menos a qualidade e 25% identifica como sendo boa.

Ante os dados apontados acima, pode-se perceber que os usuários avaliam que é necessário haver melhorias na qualidade dos serviços prestados aos usuários destes serviços.

Ao se investigar a facilidade de acesso dos usuários aos serviços de saúde, 32% dos entrevistados avaliam como mais ou menos o serviço, 23% avalia como sendo bom e 16% sendo ruim.

Pode-se analisar que diante dos dados apresentados os usuários que obtiveram suas respostas entre mais ou menos, ruim e péssima somam aproximadamente 60%, percebendo-se a grande dificuldade de acessar aos serviços existentes. Demonstrando desta forma, a necessidade urgente de rever a organização do sistema como um todo.

A “inadequação da utilização dos serviços é decorrente da ausência de uma maior integração dos serviços organizados em RAS”. Fica evidente quando constatamos as dificuldades que a segmentação entre os serviços e a fragmentação do cuidado acarretam para os usuários. Além disso, não conseguem ter a “garantia da continuidade do cuidado quando precisam utilizar os serviços em outros níveis de complexidade”, tais como os de um especialista ou de um hospital, persistindo desta forma a “segmentação/fragmentação no contexto atual do SUS”, conforme indica Carvalho e Medeiros 6 (2013).

Para Giovannella e Mendonça 15 (2012) “estudos mostram que os sistemas de saúde orientados por APS resolutiva estão associados a melhores resultados e maior eficiência”. Ou seja, a organização dos serviços contribui em geral para maior eficiência do sistema.

SERVIÇOS INTEGRANTES DA RAS

Os serviços integrantes da RAS segundo os entrevistados 85% se referem as UBS, 74% ao Pronto Atendimento, 72% a ESF e 54% ao Ambulatório de Especialidades.

Quanto ao que foi identificado como os serviços integrantes da RAS, evidenciou-se através dos entrevistados na sua maioria fazem menção a atenção primária, 67% atenção secundária e 80% se referem a atenção terciária. Os dados nos mostram um número expressivo de usuários que entende atenção secundária e terciária como não integrantes da rede.

A estrutura operacional da rede de uma rede de atenção à saúde é constituída por diferentes pontos, onde se ofertam serviços de saúde, e pelas ligações que os comunicam, como afirma Mendes 4 (2011).

A rede para ser integral precisa ser regulada publicamente em todos os seus aspectos e possibilidades.

CONSIDERAÇÕES

Na perspectiva de analisar o processo de estruturação das Redes de Atenção à Saúde, esta pesquisa se constituiu por meio de uma análise quali e quantitativa a partir da percepção dos gestores, profissionais e usuários sobre o funcionamento das redes em que atuam. Com isto tentou-se obter uma visão dupla dos atores envolvidos diretamente no processo.

Emergiu sobre a RASs a percepção de um processo em construção, um novo modelo de atenção à saúde, baseado no cuidado e que apresente melhoria de qualidade de vida dos usuários. Neste sentido, entendemos que existe uma nova concepção de saúde, pautada no cuidado, na humanização, no respeito, no empoderamento e no protagonismo dos sujeitos.

Conforme observado nesta pesquisa a fragilidade na estrutura e funcionamento das redes de atenção à saúde no município de Lages, indicam que o SUS ainda é um sistema fragmentado e com dificuldades no acesso, deficiências tecnológicas, articulação e comunicação entre os pontos da rede,

reafirmando os resultados da pesquisa quanto a incipiência do desenvolvimento das redes de atenção, dificultando desta forma o alcance da integralidade do cuidado.

Evidenciou-se a partir dos entrevistados, que as ações de regulação, controle e avaliação do SUS são incipientes e que há uma necessidade de melhor estruturá-las.

Há uma distância muito grande entre a estrutura e funcionamento de nossas organizações em geral e de saúde em particular em suas várias instâncias e o que a sociedade espera delas.

Se faz necessário desenvolver soluções para os problemas que estão latentes na sociedade, dentre eles todos os que foram elencados ao longo da pesquisa, são indicativo para se elaborar e dar respostas ao que a sociedade espera e necessita.

Na visão dos entrevistados a rede é formada por diferentes serviços e de diferentes densidades tecnológicas que se integram, incluindo serviços básicos de saúde, hospitais e urgências.

Além disso, a pesquisa mostrou que apesar de todos os esforços do MS no que tange a efetivação das RASs, ainda se percebe a visão apenas na integralidade, perdendo de vista o contexto da capacidade de organizar os serviços em linhas de cuidado.

Desta maneira, a partir do entendimento de gestores, profissionais da saúde e usuários foi possível conhecer como está a implantação, estruturação e organização das RASs, além de identificar as facilidades e dificuldades para a estruturação das RASs no município a partir da compreensão dos entrevistados acerca da sistemática de funcionamento da Atenção Básica e se estas atendem às reais necessidades da população nas RASs ficando evidenciado que isto acontece de forma parcial.

As redes de atenção à saúde carregam a esperança de tornar o SUS efetivo na prática, organizando a atenção e possibilitando o alcance da integralidade.

Existem dificuldades a serem enfrentadas para a consolidação das redes, dentre elas, destaca-se os recursos humanos insuficientes e pouco qualificados, qualificação dos gestores, problemas de comunicação e governança, ou seja, estas questões são recorrentes e históricas, porém exigem mudanças profundas, para não colocar em risco as conquistas dos SUS.

Dessa maneira, embora diante das legislações que respaldam a implantação, estruturação e efetivação das RASs nos

municípios e do atual cenário da saúde no Brasil, nota-se ainda resistência para mudanças, contudo, estas mudanças não ocorrem de fora para dentro e sim de dentro para fora, precisam ser sensibilizados da real necessidade, eficiência e eficácia da mesma.

Portanto, esta pesquisa é fundamental no sentido de contribuir para que sejam identificadas as fragilidades do sistema e possam pensar em alternativas que venham de encontro a real necessidade do que os entrevistados apontam, suprimindo as lacunas para construção e consolidação das RAS, bem como fomentar a discussão acerca das formas de incrementar e/ou ampliar a resolutividade de um fluxo mais ordenado entre os diferentes serviços, incentivando e proporcionando espaços de reflexão dos profissionais e gestores.

REFERÊNCIAS

1. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciências & Saúde Coletiva, 17(3): 621-626, 2012.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).** Diário Oficial da União, 28 mar. 2006.
4. MENDES, Eugênio V. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549p.
5. SILVA, Silvio F; MAGALHÃES, Helvécio M.J. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos.** In: Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. 2013. p. 75-88.

6. CARVALHO, Gilson; MEDEIROS, Joellyngton. **Redes Assistenciais no SUS – Financiamento e Alocações**. In: Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. p. 118-158, 2013.
7. SILVA, Silvio. **Redes de atenção à saúde no SUS**: proposta de operacionalização. In: Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. 2013. p. 201-249.
8. MAGALHÃES, Helvécio M.J; PINTO, Hêider Aurélio. **Atenção Básica enquanto ordenadora do cuidado: ainda uma utopia?** Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: RJ. Ed. Executiva. n. 51, p. 14-29, 2014.
9. BRÊTAS, Nilo J; MAGALHÃES, Helvécio M; SILVA, Silvio F. **Planejamento regional integrado no SUS**. In: Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. 2013. p. 159-198.
10. MAGALHÃES, Helvécio M.J. **Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade**. In: Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: RJ. Ed. Executiva. n. 52, p. 14, 2014.
11. PÉREZ, Lazaro JJ; GARCIA, Alegria J. **La medida de los resultados clínicos**. Cuad Med. 11 Soc; nov 2001.80: 5-16.
12. CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família**. Ciência e Saúde Coletiva, 2003; v.8, n.2, p.569-584.
13. MATTOS, R.A. **A integralidade na prática** (ou sobre a prática da integralidade). Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1411-1416. Out. 2004.
14. MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

15. GIOVANELLA, L; MENDONÇA, M. H. M. **16. Atenção Primária à Saúde.** In: Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil. 2. Ed. rev. e amp. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2012. p. 510.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Walmir. **Marxismo: história, política e método**. São Paulo. 2012.

BRASIL. **Constituição Federal** de 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Referência para Conselheiros Municipais**. Coordenação de Projetos de Promoção de Saúde. Brasília, DF, 2001

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 648. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)**. Diário Oficial da União, 28 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Redes regionalizadas de atenção à saúde: contexto, premissas, diretrizes gerais, agenda tripartite para discussão e proposta de metodologia para implementação**. Versão para debate. Brasil, nov. 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de Atenção Básica**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/atencaoBasica.php>>. Acessado em: 08 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa Departamento de Articulação Inter federativa Esplanada dos Ministérios. 2012

_____. Lei no 8.080. **Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências**. Diário Oficial da União, 20 set. 1990.

_____. Lei no 8.142. **Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências.** Diário Oficial da União, 31 dez. 1990.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 545. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/93.** Diário Oficial da União, 24 maio. 1993.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.203. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde: NOB-SUS 01/96.** Gestão plena com responsabilidade pela saúde do cidadão. Diário Oficial da União, 6 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 95. **Norma Operacional de Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/01.** Diário Oficial da União, 26 jan. 2001.

_____. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. SUS: avanços e desafios.**/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2006. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 399. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 — Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto.** Diário Oficial da União, 22 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 699. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão.** Diário Oficial da União, 30 mar. 2006.

BRÊTAS, Nilo J; MAGALHÃES, Helvécio M; SILVA, Silvio F. **Planejamento regional integrado no SUS.** In: **Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS.** 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. p. 159-198, 2013.

CAMPOS, C.E.A. **O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família.** Ciênc.

saúde coletiva, 2003; v.8, n.2, p.569-584.

CARVALHO, Gilson; MEDEIROS, Joellyngton. **Redes Assistenciais no SUS – Financiamento e Alocações**. In: Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. p. 118-158, 2013.

FIGUEIREDO, M; CAMPOS, R. **Saúde Mental na Atenção Básica à Saúde de Campinas, SP: uma rede ou um emaranhado?** Ciências & Saúde Coletiva, 14(1): 129-138, 2009.

GOMES, R.; DESLANDES, S. F. **Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção**. Revista Latino-Americana de enfermagem, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 1-7, 1994.

HORN, Geraldo Balduino & DIEZ, Carmem Lúcia F. **Metodologia da Pesquisa**. Curitiba: IESDE, 2005.

INOJOSA, R.M. **Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com interdisciplinaridade**. Cadernos FUNDAP, nº. 22, p. 102-110, 2001.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Editora Imago, 1976.

JUNQUEIRA, L.A.P.A **gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor**. Saúde e Sociedade. V.v. 13n.1 jan/abril, p. 25-36, 2004.

_____. **Intersectorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde**. Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro. Vol. 34, nº.6, nov/dez, p. 35-45, 2000.

LAMPERT, Jadete Barbosa. **Tendências de mudanças na formação médica no Brasil. Tipologia das escolas**. Rio de Janeiro-São Paulo: Editora Hucitec - Abem. 2002. 283 p.

LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v. 20, n.4, p.867-814, 2011.

MAGALHÃES, Helvécio M.J; PINTO, Hêider Aurélio. **Atenção**

Básica enquanto ordenadora do cuidado: ainda uma utopia?

Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: RJ. Ed. Executiva. n. 51, p. 14-29, 2014.

MAGALHÃES, Helvécio M.J. Redes de Atenção à Saúde: rumo à

integralidade. Divulgação em Saúde para Debate. Rio de Janeiro: RJ. Ed. Executiva. n. 52, p. 15-37, 2014.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria.

Fundamentos de metodologia científica. 4. ed. revista e ampliada. São Paulo: Editora Atlas, 2001. 288 p.

MATTOS, R.A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade).

Cad. Saúde Pública, v.20, n.5, p.1411-1416. Out., 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões

acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

MENDES, Eugênio V. A atenção primária à saúde no SUS.

Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará. 2002.

_____. V. **As redes de atenção à saúde.** Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5). 2297-2305. 2010.

_____. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde. 2011. 549 p.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento:

pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2010. 407 p.

_____. **Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade.** Ciências & Saúde Coletiva, 17(3). p. 621-626, 2012.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Agora Mais do Que Nunca**. Relatório Mundial de Saúde, Atenção primária em Saúde. 2008. 130 p.

OMS – ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>>. Acesso em: 21 set. 2013.

PÉREZ Lazaro JJ, GARCIA Alegria J. La medida de los resultados clínicos. Cuad Med Soc; nov 2001.80: 5-16.

SAUPE, R.; CUTOLO, L. R. A.; WENDHAUSEN, A. L. P; BENITO, G. A. V. **Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar**. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 18, p. 1-12, 2005.

SILVA, Silvio F. **Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema único de Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva, 16 (6). p. 2753-2762, 2011.

SILVA, Silvio. **Redes de atenção à saúde no SUS: proposta de operacionalização**. In: **Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS**. Campinas, SP: 2ª edição, Ed. Saberes. p. 201-249, 2013.

SILVA, Silvio F; MAGALHÃES, Helvécio M.J. **Redes de atenção à saúde: importância e conceitos**. In: **Redes de Atenção à Saúde: desafio e regionalização no SUS**. 2ª ed. Campinas, SP: Ed. Saberes. p. 75-88, 2013.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVINÕS, Augusto N. Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 1ª ed. 22. reimpr. São Paulo: Atlas, 2013. 175 p.

VASCONCELOS, Eymard M. **Educação popular e a atenção à saúde da família.** São Paulo: Hucitec, 1999.

VIANNA, Ana Luiza d'Àvila; DAL POZ, Mário Roberto. **A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa Saúde da Família.** Rio de Janeiro: PHYSIS: Revista de saúde coletiva, 1998.

APÊNDICE A – Roteiro para Grupo Focal com os Profissionais Dos Serviços

- 1.** Em sua opinião, o que são Redes de Atenção à Saúde (RAS)? (O você entende acerca do modelo das RAS)?
- 2.** O que está sendo buscado com a estruturação do modelo de RAS (finalidade, intenção, objetivos)?
- 3.** Como está acontecendo o processo de estruturação das RAS em Lages? Como você avalia este processo?
- 4.** Para você quais as RASs que considera que estejam se estruturando, ou que são necessárias e que ainda são muito incipientes?
- 5.** Quais as facilidades e dificuldades para a estruturação das RAS no município?
- 6.** Quais os desafios para a efetivação das RAS em Lages?
- 7.** Quais as perspectivas futuras da RAS em Lages?
- 8.** Em sua opinião acontece articulação entre APS e os demais níveis de atenção a saúde? (Caso positivo, como acontece? Caso negativo, porque não acontece?)

APÊNDICE B – Roteiro para Entrevista com Gestores

1. Profissão: _____
2. Cargo: _____
3. Tempo de atuação no SUS: _____
4. Já exerceu função de gestor na saúde? _____ se sim quanto tempo? _____
5. Em sua opinião, o que são Redes de Atenção à Saúde (RAS)? (Como você entende as RAS?)
6. Quais os elementos que compõem uma RAS?
7. Como está acontecendo o processo de estruturação das RAS em Lages? Como você avalia este processo?
8. Para você quais as RASs que considera que estejam se estruturando, ou que são necessárias e que ainda são muito incipientes?
9. Quais as facilidades e dificuldades para a estruturação das RAS no município?
10. Em sua opinião acontece articulação entre Atenção Primária à Saúde (APS) e os demais níveis de atenção a saúde? (Caso positivo, como acontece? Caso negativo, porque não acontece?)
11. Na sua opinião, quais são as características de um sistema integrado de saúde?
12. Qual o papel do gestor na estruturação das RAS?
13. Quais os desafios da gestão nas RAS em Lages?

APÊNDICE C – Roteiro para Entrevista com Usuários

Nome:

Sexo: Masculino () Feminino ()

Grau de Instrução:

Ocupação:

Há quanto tempo utiliza o serviço da Unidade Básica de Saúde?

E do SUS? _____

Questões

Agora vou lhe perguntar acerca dos motivos que você procura a Unidade Básica de Saúde (UBS)?

1. Quando está doente? (1) Sim (2) Não
2. Solicitar triagem (1) Sim (2) Não
3. Para realizar exames? (1) Sim (2) Não
4. Solicitar encaminhamento para internação? (1) Sim (2) Não
5. Solicitar receita de medicação? (1) Sim (2) Não
6. Para pegar medicamentos? (1) Sim (2) Não
7. Buscar informações em geral (1) Sim (2) Não
8. Participação de grupos (1) Sim (2) Não
9. Quando está com qualquer tipo de problema (1) Sim (2) Não
10. _____ Outros

Gostaria de saber se além da UBS você procura outros serviços de saúde no município?

11. Procura Hospital (1) Sim (2) Não
12. A Emergência (1) Sim (2) Não
13. O Pronto Atendimento e/ou Pronto Socorro (1) Sim (2) Não
14. Ambulatório de Especialidades (1) Sim (2) Não
15. Serviço de Assistência Farmacêutica (1) Sim (2) Não
16. Laboratórios (1) Sim (2) Não
17. Consórcio Intermunicipal de Saúde (1) Sim (2) Não
18. Clínicas (1) Sim (2) Não
19. Convênios (sindicatos, entre outros)
20. Pagamento de consultas de forma esporádica (1) Sim (2) Não
21. Planos de Saúde (1) Sim (2) Não

22.

Outros

 —

Você considera que as suas necessidades de saúde são satisfeitas nos serviços de saúde?

23. (1) Sim (2) Não

O que você espera em relação ao atendimento prestado pelo(s) serviço(s) de saúde para a resolução de seus problemas?

24. Agilidade (1) Sim (2) Não

25. Resolutividade (1) Sim (2) Não

26. Acolhimento (1) Sim (2) Não

27. Respeito (1) Sim (2) Não

28. Escuta

29. Comprometimento

30.

Outros

 —

Você já teve alguma dificuldade para obter informações da equipe da UBS quando as pediu?

31. (1) Sim (2) Não

Se sim, que tipo de dificuldade você teve?

32. Encaminhamentos (1) Sim (2) Não

33. Informações (1) Sim (2) Não

34. Documentação (1) Sim (2) Não

35. Telefone (1) Sim (2) Não

36.

Outros _____

 —

Como você classificaria, de um modo geral, a qualidade do serviço de saúde que você recebeu e/ou recebe?

37. Péssima (1) Sim (2) Não

38. Ruim (1) Sim (2) Não

39. Mais ou menos (1) Sim (2) Não

40. Boa (1) Sim (2) Não

41. Excelente (1) Sim (2) Não

**Qual sua opinião sobre a facilidade de acesso aos serviços de saúde?
(consultas, marcação de exames)**

42. Péssima (1) Sim (2) Não

43. Ruim (1) Sim (2) Não

44. Mais ou menos (1) Sim (2) Não

45. Boa (1) Sim (2) Não

46. Excelente (1) Sim (2) Não

**Para você quais são os serviços que identifica como integrantes de
uma Rede de Atenção à Saúde (RAS)?**

47. Unidades Básicas de Saúde – UBS (1) Sim (2) Não

48. Equipes de Saúde da Família – ESF (1) Sim (2) Não

49. Emergência (1) Sim (2) Não

50. Hospital (1) Sim (2) Não

51. Pronto Atendimento (1) Sim (2) Não

52. Ambulatório de Especialidades (1) Sim (2) Não

53. Serviço de Assistência Farmacêutica (1) Sim (2) Não

54. Laboratórios (1) Sim (2) Não

55.

Outros

**Quando você é atendido pelos serviços de saúde, existe algum tipo
de encaminhamento para o outro profissional, repassando sobre
como foi seu atendimento, quais os encaminhamentos e condutas
tomadas na sua situação?**

56. É realizado por contato telefônico (1) Sim (2) Não

57. Por relatório (1) Sim (2) Não

58. Por documento impresso (referência e contra-referência) (1) Sim (2) Não

59. Por contato pessoal com profissional de outra instituição (1) Sim (2) Não

60. Informal (1) Sim (2) Não

61.

Outros

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Você está sendo convidado a participar em uma pesquisa. O documento abaixo contém todas as informações necessárias sobre a pesquisa que está sendo realizada. Sua colaboração neste estudo é muito importante, mas a decisão em participar deve ser sua. Para tanto, leia atentamente as informações abaixo e não se apresse em decidir. Se você não concordar em participar ou quiser desistir em qualquer momento, isso não causará nenhum prejuízo a você. Se você concordar em participar basta preencher os seus dados e assinar a declaração concordando com a pesquisa. Se você tiver alguma dúvida pode esclarecê-la com o responsável pela pesquisa. Obrigado(a) pela atenção, compreensão e apoio.

Eu, (nome do sujeito de pesquisa), residente e domiciliado (endereço do sujeito de pesquisa), portador da Carteira de Identidade, RG (_____), nascido(a) em ___/___/_____, concordo de livre e espontânea vontade *em participar como voluntário* da pesquisa Redes de Atenção à Saúde (RAS) Panorama e Desafios: A Percepção de Gestores, Profissionais e Usuários em um Município de Médio Porte de Santa Catarina. Declaro que obtive todas as informações necessárias, bem como todos os eventuais esclarecimentos quanto às dúvidas por mim apresentadas. Estou ciente que:

1. O estudo se refere a analisar a percepção de gestores, profissionais e usuários sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) em um município de médio porte de Santa Catarina.
2. A pesquisa é importante de ser realizada pela relevância desta pesquisa sobre a percepção do processo de estruturação das RAS junto aos gestores, profissionais e usuários se pauta na possibilidade da análise e compreensão de tal processo suprimindo uma lacuna em estudos sobre a temática.
3. Participarão da pesquisa gestores, profissionais e usuários das Unidades Básicas de Saúde e da Rede do Município de Lages.
4. Para conseguir os resultados desejados, a pesquisa tem caráter interventivo exploratório, bibliográfica, de campo de natureza qualitativa.
5. Para isso a pesquisa poderá ter riscos mínimos ou desconfortos associados com a participação do sujeito na pesquisa (constrangimento, emocional, psicológico)

6. A pesquisa é importante de ser realizada, pois deve trazer como benefícios proporcionar reflexões acerca da prática profissional, bem como trazer elementos que auxiliem no reordenamento das RAS e na geração de novos conhecimentos sobre a temática da pesquisa.
7. Se houver algum problema ou necessidade, posso buscar assistência no Serviço Escola de Psicologia da Universidade.
8. Se, no transcorrer da pesquisa, eu tiver alguma dúvida ou por qualquer motivo necessitar posso procurar o(a) Audrilara Arruda Rodrigues campos, responsável pela pesquisa no telefone (49) 3251-1114, ou no endereço Rua: Avenida Castelo Branco 170 Bairro: Universitário.
9. Tenho a liberdade de não participar ou interromper a colaboração neste estudo no momento em que desejar, sem necessidade de qualquer explicação. A desistência não causará nenhum prejuízo a minha saúde ou bem estar físico.
10. As informações obtidas neste estudo serão mantidas em sigilo e; em caso de divulgação em publicações científicas, os meus dados pessoais não serão mencionados.
11. Caso eu desejar, poderei pessoalmente tomar conhecimento dos resultados ao final desta pesquisa na Universidade do Planalto Catarinense - UNIPLAC.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar (ou que meu dependente legal participe) desta pesquisa e assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.

Lages, ____ de _____ de _____

(nome e assinatura do sujeito da pesquisa e/ou responsável legal)

Responsável pelo projeto: Audrilara Arruda Rodrigues Campos
Endereço para contato: Avenida Castelo Branco 170 Universitário
Telefone para contato: (49) 3251-1114 E-mail:
audrilara@yahoo.com.br

CEP – UNIPLAC: Av. Castelo Branco, 170 – PROPEG - Telefone para contato: (49) 3251-1000

ANEXO B – Termo de Avaliação e Aprovação



UNIVERSIDADE DO PLANALTO CATARINENSE

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA TERMO DE AVALIAÇÃO E APROVAÇÃO

O projeto de pesquisa, intitulado: “REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE (RAS) PANORAMA E DESAFIOS: A PERCEPÇÃO DE GESTORES E PROFISSIONAIS EM UM MUNICÍPIO DE MÉDIO PORTE DE SANTA CATARINA”, protocolado no CEP- UNIPLAC sob o número **091-13**, de responsabilidade da pesquisadora MARIA CONCEIÇÃO DE OLIVEIRA, foi avaliado e **APROVADO** *ad referendum* junto ao plenário do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIPLAC, na reunião extraordinária realizada em vinte e dois de maio do corrente ano, estando de acordo com as normas vigentes na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, e em suas complementares (Resoluções 240/97, 251/97, 292/99, 303/00 e 304/00 do CNS/MS) que regulamentam a pesquisa envolvendo seres humanos.

O pesquisador responsável deverá apresentar relatório até 08/06/2014 a este CEP, informando os resultados finais/parciais do projeto, bem como informar a data de conclusão da pesquisa.

Lages, 10 de dezembro de 2013.

Odila Maria Waldrich
Coordenadora do CEP-UNIPLAC