



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**  
**MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA**

**BRAULIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA**

**AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DAS REDES  
DE ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO AVALIATIVO**

**FORTALEZA – CEARÁ**  
**2015**

BRAULIO NOGUEIRA DE OLIVEIRA

AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE  
ATENÇÃO À SAÚDE: UM ESTUDO AVALIATIVO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva. Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lucia Conde de Oliveira.

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Oliveira, Braulio Nogueira de .  
Ações da Estratégia Saúde da Família na perspectiva  
das Redes de Atenção à Saúde: um estudo avaliativo  
[recurso eletrônico] / Braulio Nogueira de Oliveira.  
- 2015.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do  
trabalho acadêmico com 194 folhas, acondicionado em  
caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade  
Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde,  
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva,  
Fortaleza, 2015.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.<sup>a</sup> Ph.D. Lucia Conde de Oliveira.

1. Sistema Único de Saúde. 2. Atenção Primária à  
Saúde. 3. Assistência à Saúde. 4. Acesso aos Serviços  
de Saúde. 5. Serviços de Saúde. I. Título.



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itapery - 60740-000 - Fortaleza - Ce  
FONE: (0xx85)3101.9826

### FOLHA DE AVALIAÇÃO

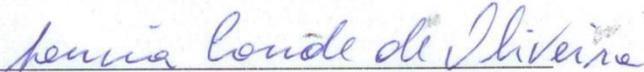
Título da dissertação: **“Ações da Estratégia, Saúde da Família na Perspectiva das Redes de Atenção à Saúde: um estudo avaliativo”**.

Nome do Mestrando: **Bráulio Nogueira de Oliveira**

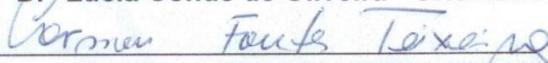
Nome da Orientador(a): **Profª Drª Lúcia Conde de Oliveira** (Orientadora)

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA, ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM “POLÍTICA, GESTÃO E AVALIAÇÃO EM SAÚDE”.

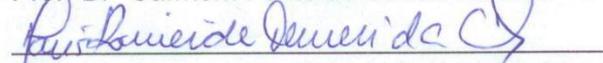
BANCA EXAMINADORA:



Profª Drª Lúcia Conde de Oliveira - Orientadora



Profª Drª Carmem Fonte de Souza Teixeira - 1º membro



Profª Drª Maria Rocineide Ferreira da Silva - 2º membro

Data da defesa: 31/08/2015

Aos meus pais, Lucia e Nogueira, por estarem presentes intensamente durante essa trajetória.

## AGRADECIMENTOS

Aos meus familiares, Maria Lucia de Oliveira Nogueira, Raimundo Nogueira de Souza, Bergson Nogueira de Oliveira, Brunno Nogueira de Oliveira e Bergson Nogueira de Oliveira, pela convivência ao longo dos anos.

À minha companheira, Iara Ramos Brito, pela sua compreensão principalmente nos momentos em que a imersão na construção desse trabalho se sobrepôs as atividades pessoais.

A todos os trabalhadores do Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Albuquerque Mendes, por terem me acolhido.

À professora Lucia Conde de Oliveira, pela sua dedicação na condução e nos desdobramentos desse trabalho, bem como o companheirismo que fez parte dessa vivência.

Ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Ceará, seus trabalhadores e ao corpo docente, em especial a professora Dr.<sup>a</sup> Maria Salette Bessa Jorge, por estar à frente de muitos dos processos relativos ao programa.

À inesquecível turma 2014.1 do Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva, por construir e fortalecer nossa identidade enquanto coletivo.

Ao grupo de pesquisa do Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social, pelo intenso processo de aprendizagem proporcionado.

Aos trabalhadores do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia e aos companheiros da Residência Universitária, por me acolherem no intercâmbio acadêmico no período do mestrado.

À Ana Kamille Brito de Lima, Ana Luisa Batista Santos, Andrezza Lima, Francisca Maria Gales Costa, Maylla de Oliveira Lima, Ricardo Mouser dos Santos, Sandra Costa Lima, Sandy Yasmim Silva Maria, por contribuir com esse estudo na transcrição dos áudios, observação nos encontros de negociação ou em questões operacionais; além de José Pereira Maia Neto, pela leitura crítica de parte dos resultados.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), agência financiadora que tornou possível a realização deste trabalho.



(Alexandre Cechetto Beck)

## RESUMO

O contexto da organização dos serviços de saúde no Brasil, em especial os centros urbanos, passa por um grande desafio, que é o estabelecimento de um diálogo entre a Atenção Primária à Saúde (APS) com os demais pontos de atenção à saúde, de tal forma que essa integração se constitua na forma de Redes de Atenção à Saúde (RAS). Diante disso, temos por objetivo avaliar a Estratégia Saúde da Família (ESF) no desempenho das funções de coordenadora e ordenadora do cuidado na operacionalização das RAS em uma metrópole. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade estudo de caso, fundamentada em Guba e Lincoln (2011), com algumas adaptações realizadas por Wetzel (2005). O processo de construção das informações empíricas foi realizado durante os meses de janeiro a junho de 2015, norteado pelo círculo hermenêutico dialético, por meio de entrevistas com cinco gestores e nove trabalhadores, encontro grupal com cada um desses grupos e 80 horas de observação participante. Emergiram como balizas da apresentação dos resultados duas temáticas: (i) Organização e gestão das RAS pela APS; e (ii) processo de trabalho na APS e suas repercussões nas RAS. Na primeira delas, os principais achados foram: a dependência do modelo de atenção à política partidária; à resistência ao novo por parte dos trabalhadores; o contexto complexo de organizar as redes de atenção em um centro urbano; uma descaracterização da Estratégia Saúde da Família, na medida em que a agenda das equipes de Saúde da Família está amplamente centrada na atenção às condições agudas/demanda espontânea; gestão verticalizada, que se caracteriza pelo fim dos encontros das Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); o prontuário eletrônico, que ainda não integra os diversos pontos da rede; a proposta da estratificação de risco, que tem por base diretrizes clínicas que tangenciam o princípio da equidade; e a perspectiva de construção corresponsável de fluxos e contrafluxos a partir de uma vinculação entre UAPS e as unidades de referência. Na segunda temática, os principais achados foram: a baixa cobertura populacional, a formação fragmentada, a forma como se organizam os serviços das equipes de Saúde da Família, a falta de medicamentos e insumos básicos e rotatividade de profissionais de saúde como limitantes para gestão das RAS. Diante disso, Fortaleza ainda apresenta um cenário de fragmentação das RAS, mas com perspectivas de mudanças. Todavia, algumas das mudanças implementadas reforçam os modelos hegemônicos – médico assistencial e sanitarista e consequentemente limitam a integralidade.

**Palavras-chave:** Sistema Único de Saúde. Atenção Primária à Saúde. Assistência à Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Serviços de Saúde.

## ABSTRACT

The context of health services organization in Brazil, especially urban centers, have a crucial challenge, which is to establish the dialogue between the Primary Health Care (APS) with other health facilities, such that this integration is constituted in the form of the Health Care Networks (RAS). Therefore, we have by aim evaluate the Family Health Strategy (ESF) in carrying out coordinating functions and care ordering of running the HCN in a metropolis. It is a qualitative research, evaluative, in the modality of case study, based on Guba and Lincoln (2011), with some adjustments made by Wetzel (2005). The process of empirical information construction was conducted during the months from January to June 2015, guided by the dialectical hermeneutic circle, through interviews with five managers and nine employees, group meeting with each of these groups and 80 hours of participant observation. They emerged as guiding elements of two thematic presentation of results: (i) organization and management of RAS by the APS; and (ii) the work process in PHC and its impact on RAS. First of them, the main findings were: dependence on attention to partisan politics model; resistance to the new by workers; the complex context to organize the care networks in an urban center; a mischaracterization of the Family Health Strategy, in that the agenda of the Family Health teams is largely centered in the care of acute conditions/spontaneous demand; down management, which is characterized by the close of the meeting of the Primary Health Care Units (UAPS); the electronic medical record, which still does not integrate the various points of the network; the proposal of risk stratification, which is based clinical guidelines that are tangent to the principle of equity; and the co-responsible building perspective flows and counter flow from a link between UAPS and the reference units. In the second theme, the main findings were: low population coverage, fragmented training, the way they organize the services of the Family Health teams, lack of medicines and basic supplies and turnover of health professionals as limiting to management RAS. Therefore, Fortaleza still has one of the RAS fragmentation scenario, but with prospects for change. However, some of the changes implemented reinforce the hegemonic models - medical and sanitary assistance and consequently limit the completeness.

**Keywords:** Health System. Primary Health Care. Health Care. Access to Health Services. Health Services.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 –	Modelo de Atenção às Condições Crônicas.....	37
Figura 2 –	Secretarias Regionais de Fortaleza, Ceará, Brasil.....	50
Figura 3 –	Círculo Hermenêutico Dialético.....	58
Figura 4 –	Fluxograma analisador.....	65
Quadro 1 –	Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada.....	31
Quadro 2 –	Demonstrativo de quadro para construção das informações empíricas.....	59
Quadro 3 –	Demonstrativo do quadro a ser construído durante a análise/construção das informações empíricas.....	64
Quadro 4 –	Pertinência dos núcleos de sentido em relação aos grupos de interesse e a construção de uma nova síntese na constituição dos capítulos.....	67

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Características dos “modelos de atenção” prevalentes no Brasil.....	28
Tabela 2 – Distribuição da Renda e da População por Secretaria Regional de Fortaleza, Ceará, 2008.....	69
Tabela 3 – Distribuição de microáreas, famílias e usuários adstritos por equipe da UAP LAM, Fortaleza, 2015.....	69
Tabela 4 – Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício, UAP LAM, Fortaleza, 2015.....	70

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BA	Estado da Bahia
BVS	Biblioteca Virtual da Saúde
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CE	Estado do Ceará
CEP	Comitê de ética em pesquisa
CBCE	Colegiado Brasileiro de Ciências do Esporte
CDS	Coleta de Dados Simplificado
CGR	Colegiados de Gestão Regional
CLS	Conselho Local de Saúde
COGTES	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
CROA	Centro de Assistência à Criança
C1	Construção 1
DMP	Departamento de Medicina Preventiva
ESF	Estratégia Saúde da Família
GTT	Grupo de Trabalho Temático
ISC	Instituto de Saúde Coletiva
LAPA	Laboratório de Planejamento
LASSOSS	Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MG	Estado de Minas Gerais
NAC	Núcleo de Apoio ao Cliente
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	Sistema Nacional de Saúde Britânico
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PEC	Prontuário Eletrônico do Cidadão
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica

PNH	Política Nacional de Humanização
POP	Procedimento Operacional Padrão
PROS	Partido Republicano da Ordem Social
PROVAB	Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica
PT	Partido dos Trabalhadores
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RIDE	Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e Entorno
R1	Respondente 1
SAME	Serviço de Arquivo Médico e Estatística
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SISAB	Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica
SME	Secretaria Municipal de Saúde
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SP	Estado de São Paulo
SRT	Serviços Residenciais Terapêuticos
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UAPS	Unidades de Atenção Primária à Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
UPA	Unidades de Pronto Atendimento
USP	Universidade de São Paulo

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>O ENCONTRO ENTRE O PESQUISADOR E O OBJETO EM QUESTÃO.....</b>	<b>15</b>
1.1	APROXIMAÇÃO COM O TEMA.....	15
1.2	DELIMITAÇÃO DO OBJETO OBJETO.....	16
<b>2</b>	<b>EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO.....</b>	<b>27</b>
2.1	MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	27
<b>2.1.1</b>	<b>Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>29</b>
<b>2.1.2</b>	<b>As Redes de Atenção à Saúde.....</b>	<b>33</b>
2.2	PERCURSO METODOLÓGICO.....	38
<b>2.2.1</b>	<b>Avaliação em saúde.....</b>	<b>38</b>
2.2.1.1	Avaliação de quarta geração.....	46
<b>2.2.2</b>	<b>Desenvolvendo o trabalho de campo.....</b>	<b>49</b>
2.2.2.1	Contato com o campo.....	49
2.2.5.2	Organização e condução da avaliação.....	51
2.2.5.3	Identificação dos grupos de interesse.....	53
2.2.5.4	Desenvolvimento das construções conjuntas.....	55
2.2.5.5	Ampliação das construções conjuntas.....	59
2.2.5.6	Preparação da agenda para negociação.....	60
2.2.5.7	Execução da negociação.....	61
<b>2.2.3</b>	<b>Plano de análise.....</b>	<b>62</b>
2.2.3.1	Método comparativo constante.....	63
2.2.3.2	Hermenêutica-dialética.....	64
<b>2.2.4</b>	<b>Aspectos éticos.....</b>	<b>68</b>
<b>5</b>	<b>UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE LUIS ALBUQUERQUE MENDES.....</b>	<b>69</b>
<b>6</b>	<b>ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>75</b>
6.1	POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS REDES... 75	75
6.2	MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORTALEZA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: COM A PALAVRA, OS TRABALHADORES EM SAÚDE.....	83
6.3	ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS DETERMINANTES.....	86
6.4	ONDE OS PONTOS DE ATENÇÃO SE ARTICULAM (?).....	92
<b>6.4.1</b>	<b>Sistemas de apoio e sistemas logísticos: o prontuário eletrônico entra em cena.....</b>	<b>93</b>
<b>6.4.2</b>	<b>Linhas de fuga da fragmentação dos serviços: perspectivas de superação? .....</b>	<b>101</b>
6.4.2.1	Uma perspectiva dialógica de organização dos fluxos e contrafluxos.....	101
5.4.2.2	Construindo os nós da rede: vinculação e estratificação de risco.....	105
<b>7</b>	<b>PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUAS REPERCUSSÕES NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....</b>	<b>116</b>
7.1	BAIXA COBERTURA E A INSUFICIÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.	116

7.2	DECORRÊNCIAS DA AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	127
7.3	7.3 AMBIÊNCIA, INSUMOS E MEDICAMENTOS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Como os usuários têm sido acolhidos nessa perspectiva?.....	134
<b>7.3.1</b>	<b>Ambiência e os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde.....</b>	<b>135</b>
<b>7.3.2</b>	<b>Disponibilização de recursos materiais, medicamentos e insumos.....</b>	<b>138</b>
7.4	FORMAÇÃO COMO TRANSFORMADORA DAS PRÁTICAS: REALIDADE OU UTOPIA? .....	141
<b>7.4.1</b>	<b>Apoio Matricial e Educação Permanente como dispositivos de formação em saúde...</b>	<b>142</b>
<b>7.4.2</b>	<b>Outras linhas de fuga da educação bancária: estratégias em destaque.....</b>	<b>151</b>
<b>8</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>156</b>
8.1	RECOMENDAÇÕES.....	160
8.2	“FECHANDO” ESSE CICLO.....	162
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>164</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>177</b>
	APÊNDICE A - Roteiro de observação.....	178
	APÊNDICE B – Roteiro de entrevista final – trabalhadores.....	179
	APÊNDICE C - Roteiro de entrevista – gestores.....	180
	APÊNDICE D – Síntese horizontal para o encontro de negociação – gestores.....	181
	APÊNDICE E – Síntese horizontal para o encontro de negociação – trabalhadores.....	185
	APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	188
	<b>ANEXOS.....</b>	<b>189</b>
	ANEXO A – Parecer favorável do CEP/UECE.....	190
	ANEXO B – Parecer favorável da Prefeitura Municipal de Fortaleza.....	194

## 1 INTRODUÇÃO

### 1.1 APROXIMAÇÃO COM O TEMA

Minha aproximação com o campo da Saúde Coletiva surge antes mesmo do início da graduação em Educação Física (em 2008). Pude contar com o apoio de um amigo professor, que compartilhou sua experiência na Residência Multiprofissional em Saúde da Família de Sobral/CE. Tratava-se de uma proposta fascinante, em que as diversas categorias profissionais atuavam em prol de um único intento - a saúde da população -, com ações de caráter social.

Com esse viés, ao ingressar no curso de Educação Física da Universidade Estadual do Ceará (UECE), percebi que a seara ‘Saúde Coletiva’ não se fazia presente no projeto político pedagógico do curso. Isso me despertava um sentimento de frustração, por não encontrar aquilo que esperava, e ao mesmo tempo me instigava a contribuir com a construção desse saber que me parecia não estar posto. Assim, ingressei em um dos Grupos de Trabalhos Temáticos (GTTs) do Colegiado Brasileiro de Ciências do Esporte (CBCE), denominado “Atividade Física e Saúde”, em que consegui entender criticamente o utilitarismo do movimento corporal, principalmente no campo de sua medicalização, a qual não cabe discutir aqui. Todavia, ainda não era o que almejava.

Nesse percurso, a participação nos espaços de movimento estudantil também foi importante, de maneira que me permitiu perceber diversos espaços de disputa que permeiam as políticas públicas, dentre as quais o SUS se inclui. As reuniões do Centro Acadêmico de Educação Física, assim como a participação em encontros nacionais, regionais e locais de estudantes de Educação Física e outros espaços coletivos de luta, fizeram parte dessa militância.

Durante o segundo semestre da graduação, deparei-me com o projeto de extensão “Liga de Saúde da Família”, que foi uma iniciativa relevante emergente a partir do protagonismo de estudantes e professores da área da saúde, com apoio da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, Ceará (ANDRADE et al., 2010; BARRETO et al., 2012). Essa experiência foi desenvolvida na Universidade Federal do Ceará e na UECE. Tratava de uma proposta de trabalho de integração ensino-serviço-comunidade na perspectiva da inserção comunitária interdisciplinar de estudantes da área da saúde, nas unidades de saúde da Estratégia Saúde da Família (ESF) em Fortaleza/CE (ANDRADE et al., 2010; BARRETO et al., 2012).

Em 2009, o Ministério da Saúde lança a proposta do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde/ Saúde da Família (PET-Saúde/ Saúde da Família), o qual o projeto “Liga de Saúde da Família” foi submetido e aprovado para ser desenvolvido na UECE.

Conquistei (em 2010) a aprovação no programa e por dois anos pude vivenciar a realidade do Sistema Único de Saúde (SUS), em que tive as primeiras aproximações com aquilo que imaginava. Na realidade, não se tratava (nem se trata na atualidade) de uma conjuntura tão utópica quanto pensava, visto que me deparei com diversas contradições presentes no sistema.

Tendo por base essa inserção prévia, pude timidamente contribuir teoricamente com a interface entre a Educação Física e a Saúde Coletiva, a partir do estudo dos profissionais de Educação Física nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASFs) em Fortaleza-CE. Findado a graduação, tive a oportunidade da inserção no então Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, pela Escola de Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia, o mesmo que conheci no início de minha trajetória acadêmica.

A residência foi onde de fato pude “morar” na ESF, conhecendo a miúdo algumas de suas “dores” e “delícias”. Durante esse período, pude não somente aprofundar e produzir conhecimento, mas também construir relações de vínculo e afeto com os trabalhadores e usuários que ali se encontravam. Nesse período (2012 a 2014), consegui contribuir de maneira mais relevante no que concerne à Educação Física e Saúde Coletiva, dessa vez em relação a sua atuação enquanto Apoio Matricial.

Toda essa trajetória me trouxe a necessidade em buscar novas experiências e conhecimentos, que pode ser consolidado por meio do ingresso no Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da UECE. Nesse novo encontro com a Saúde Coletiva, me deparei com mais um grande desafio: Produzir conhecimento transversal a todas as categorias profissionais que trabalham na saúde coletiva. Para essa empreitada, objeto de estudo nos encontrou (a mim e a minha orientadora), trazendo consigo uma metodologia dialógica e participativa, condizente com as construções inerentes às vivências aqui descritas.

## 1.2 DELIMITAÇÃO DO OBJETO

O objeto desse estudo integra a seara da organização dos serviços e das práticas de saúde, tendo por base as ações da ESF e a interface de suas ações na articulação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) em uma metrópole brasileira. Partindo do referencial teórico filosófico hermenêutico e dialético, compreendemos que essa temática se desenvolve em um cenário que incorpora tanto consonâncias e conformidades, quanto conflitos e contradições com o que se propõe.

Em uma perspectiva sócio-histórica, o SUS floresce em uma conjuntura de diversas contradições, a partir da Reforma Sanitária Brasileira. Tratava-se de uma proposta pautada em

uma reforma geral e teorizada para alcançar a revolução no modo de vida<sup>1</sup>. Todavia, em um contexto de disputa ideológica, limitou-se a uma reforma parcial setorial, que com a implantação do SUS, favoreceu o projeto político-econômico neoliberal (PAIM, 2008; TEIXEIRA, 2009b). Isso justifica-se pela permissão do surgimento de subsistemas de saúde, de iniciativa privada (PAIM, 2011), que de certa forma desconstrói o termo ‘único’ do sistema de saúde brasileiro, ao gerar uma universalização excludente (TEIXEIRA, 2009a).

Com essa compreensão, podemos considerar o sistema de saúde brasileiro como uma rede complexa, em que coexistem três subsetores: (i) o subsetor público, que compreende aqueles financiados e providos pelo Estado; (ii) o subsetor privado, em que os serviços são financiados de diversas maneiras, sejam os prestadores de serviço com fins lucrativos ou não; e (iii) o subsetor de saúde suplementar, que envolve os planos privados de saúde, apólices de seguro e subsídios fiscais. A utilização de todos os subsetores é possível, desde que se tenha facilidade de acesso ou capacidade de pagamento (PAIM et al., 2011). Essas diferentes lógicas de financiamento geram segmentação de usuários e contribui para o processo de universalização excludente.

Diferentemente da realidade de países como a Inglaterra, no Brasil esses três subsetores se operacionalizam de forma fragmentada. Vale ressaltar, que isso não indica desarticulação total, mas sim uma articulação perversa, em que grande parte dos recursos públicos são destinados aos subsetores privados por meio da compra de serviços. Há também a renúncia fiscal, que permite a redução do imposto de renda (OLIVEIRA, 2006). Além disso, muitos serviços são ofertados apenas pelo subsetor privado, que implica no acesso apenas por parte de uma parcela restrita da população. Em geral, nesse contexto, apenas a APS é predominantemente pública, mas ainda assim possui serviços terceirizados.

Diante disso, diversos sistemas de saúde, inclusive o brasileiro, possuem três níveis de atenção à saúde, delimitados com base em sua densidade tecnológica<sup>2</sup>. De acordo com o documento do Ministério da Saúde, o discurso institucionalizado brasileiro denomina a APS como atenção básica, em que se destina as ações de menor densidade tecnológica e é a base de todo o sistema; a Atenção Secundária à Saúde como média complexidade, que possui como

---

<sup>1</sup> O conceito de revolução no modo de vida é resgatado por Jarnilson Paim, inspirado em Agnes Heller em sua obra “Teoria de las necesidades em Marx”, que em síntese, emerge como um requisito para uma vida verdadeiramente revolucionária, que resultaria em uma sociedade igualitária.

<sup>2</sup> O conceito de “densidade tecnológica” adotado neste trabalho segue o proposto por Brasil (2007), segundo o qual, a densidade aumenta de acordo com a necessidade do uso de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares (tecnologias duras), via de regra de alto custo. Esse conceito substitui a concepção de que a ausência de densidade tecnológica significa baixa complexidade – por exemplo a APS, que possui forte base comunitária (em geral, com tecnologias leves e leves-duras)

foco atender aos principais problemas de saúde e agravos da população que demandam disponibilidade de profissionais especialistas e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico; e a Atenção Terciária à Saúde como alta complexidade, que envolve serviços e tecnologias de alto custo e altamente especializados (BRASIL, 2009).

A APS possui princípios condizentes aos preceitos da Reforma Sanitária, sendo eles a universalidade, a acessibilidade, o vínculo, a continuidade do cuidado, a integralidade da atenção, a responsabilização, a humanização, a equidade e a participação social (BRASIL, 2012a). O debate voltado para defesa e organização da APS ganha força internacionalmente com a iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) em promover a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em 1978 quando foi produzida a Declaração de Alma Ata, que compreende a APS como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde. Trata ainda que, por meio desse primeiro nível, devemos viabilizar o cuidado em saúde o mais próximo possível dos lugares onde as pessoas vivem e trabalham, além de reconhecer a necessidade da atuação intersetorial (OMS, 1978).

Cabe destacar como ponto importante para esse estudo, a constatação de que os sistemas de saúde estão funcionando de forma fragmentada, gerando vários problemas como baixa resolutividade, paralelismo de ações, descontinuidade da atenção, entre outros. Uma das estratégias de enfrentamento desses problemas é a organização do sistema de saúde com base na proposta das RAS. Todavia, vale ressaltar que a nomenclatura ‘RAS’ nem sempre foi utilizada, mas essa filosofia de uma organização já vinha sendo construída. No período do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde – SUDS (1987-1989), por exemplo, os chamados Distritos Sanitários foram criados em todo país com objetivo de introduzir mudanças na organização dos serviços de saúde e nas relações entre a oferta, a demanda e as necessidades de saúde da população (TEIXEIRA, 2003). Essa proposta surge juntamente com a regionalização e a municipalização, e vem a reafirmar os pressupostos dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) (GONDIM et al., 2008).

Assim, as diretrizes preconizadas hoje, voltada para organização das regiões de saúde, contêm elementos conceituais e práticos do distrito sanitário, que pode ser compreendido como a unidade organizacional mínima do sistema de saúde, que envolve uma base territorial definida geograficamente. Pode, então, englobar o território do município, ser parte dele ou constituir-se como um consórcio de municípios, em que um deles era eleito como sede do distrito sanitário. Nesse sentido, durante o SUDS já se desenhava a proposta de rede articulada e hierarquizada de serviços (GONDIM et al., 2008). Com isso, começa a ser disparado um

conjunto de experiências inovadoras em todo cenário brasileiro, em um movimento que ganha ainda mais força com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (TEIXEIRA, 2003).

Nessa perspectiva, a carta magna de 1988 já aponta para a organização dos serviços de saúde em uma rede regionalizada e hierarquizada. Todavia, embora algumas das características das RAS já viessem sendo desenhadas, sua implementação avançou em 2001, com a Norma Operacional de Assistência à Saúde, e em 2006, com o pacto pela saúde, além de algumas normatizações subsequentes. Contudo, as diretrizes para sua organização, contendo os fundamentos conceituais e operativos essenciais para sua implementação no sistema de saúde brasileiro foram reunidos, no final de 2010, na portaria do Ministério da Saúde nº 4.279. Além disso, o Decreto 7.508 de 2011 (BRASIL, 2011a), que regulamenta a Lei Orgânica da Saúde, assim como a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), reafirmam o desafio evidenciando caminhos operacionais, reconhecendo as RAS como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2010a).

Dessa maneira, a RAS foi estabelecida como uma estratégia que procura romper com a fragmentação da atenção e gestão da saúde, de maneira a aprimorar o funcionamento do SUS em seu âmbito político-institucional (BRASIL, 2012a). Ao compreender a saúde para além da concepção setorial, tendo como basilar o diálogo entre as diversas instituições e setores enquanto precípua, podemos iniciar uma caminhada direcionada a perspectiva da não fragmentação do cuidado. Partindo desse pressuposto, podemos afirmar que as redes de atenção florescem com esse intento: Promover uma atenção integral.

Entendemos que o cuidado integral ou a integralidade, pode ser categorizado em três sentidos: um relacionado às práticas dos profissionais de saúde, que surge *pari passu* o desenvolvimento da chamada medicina integral, com a proposta de atuação não fragmentada a recortes analíticos dos usuários; outro trata da organização dos serviços de saúde, com a mudança de posturas verticais de organização, para uma operacionalização dialógica e integral; e, por fim, como atributo das políticas de saúde, que devem desde a sua concepção, até a sua execução, ultrapassar os limites do reducionismo biológico e se destinar a determinados grupos populacionais ou problema de saúde (MATTOS, 2001). Tendo por base essa compreensão, ao tratarmos do elemento semântico ‘fragmentação da atenção’, nos referimos à organização dos serviços e das práticas de saúde.

Para contemplar o desafio da atenção integral, agravado pela existência dos subsistemas de saúde e da conjuntura política neoliberal, diversos dispositivos<sup>3</sup> são corresponsáveis e componentes das RASs, em geral, como integrante das linhas de cuidado. Nessa tarefa, a APS possui relevante papel, em especial por coordenar o cuidado e ordenar as redes. Nesse sentido, destacamos a Estratégia Saúde da Família, anteriormente restrita a um programa (o Programa Saúde da Família) adotada no Brasil como proposta frente aos desafios da APS. Vale ressaltar, que diante do princípio organizacional da descentralização e da municipalização, a ESF se expressa e se desenha de maneiras distinta nas diversas realidades do Brasil. Seus contornos ganham/sofrem mudanças a partir do contexto de cada município.

Nesse sentido, vale ressaltar algumas singularidades presentes no contexto do Ceará e especificamente de Fortaleza. Apesar de manter de forma mais duradouro traços tradicionais ligados ao fenômeno social do coronelismo e patrimonialismo, permeado por uma cultura política influenciada por altos índices de analfabetismo e pobreza, assim como a não participação popular (OLIVEIRA, 2006); o Ceará tem se destacado na Saúde Coletiva, em especial pela implantação de estratégias inovadoras como o programa Agentes de Saúde e o Programa Saúde da Família, que posteriormente se expandiram para todo o cenário nacional, sendo incorporado como política pelo Ministério da Saúde (ESMERALDO; OLIVEIRA, 2012); assim como a organização pioneira dos sistemas cooperativos de microrregionalização dos serviços de saúde (MENDES, 2002).

Mesmo o Ceará sendo pioneiro na implantação do PSF, em Fortaleza, isso só vai ocorrer somente em 1998, sem priorizar essa estratégia, atingindo uma cobertura em 2000 de apenas 16% da população (ESMERALDO; OLIVEIRA, 2012). Segundo Ponte (2014) os anos anteriores a 2005 foram marcados pela ênfase na hospitalização em detrimento da estruturação da APS.

Esse quadro começa a mudar em 2005, quando a prefeitura passa a ser administrada por Luizianne Lins do PT. Em 2006 Fortaleza aderiu ao concurso público estadual de base local, promovido e coordenado pela Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Nessa ocasião, foram ofertadas 460 vagas para enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos, totalizando 1.380 novos profissionais de saúde, seriam formadas 460 equipes de Saúde da Família durante o período de

---

<sup>3</sup> Inspirado em uma entrevista cedida por Michel Foucault em 1997, Giorgio Agamben (2005) reconhece que o autor não apresenta o conceito de 'dispositivo' como posto, mas apresenta algumas aproximações e com base nisso sintetiza em três pontos: (i) entendido como um conjunto heterogêneo, que se estabelece entre o linguístico e o não-linguístico no mesmo título (discursos, instituições, leis, proposições filosóficas e etc); (ii) possui função estratégica concreta, permeado por relações de poder; (iii) é aquilo que em determinado contexto permite distinguir o que é aceito como um enunciado científico daquilo que não é.

2006 a 2008 (FROTA, 2008). Todavia, nem todas essas equipes foram implantadas principalmente por ausência de médicos. Assim, Fortaleza em 2006 passou por um processo de reestruturação dos serviços. A gestão municipal tomou a decisão política de definir a saúde da família como estratégia de reorientação do modelo de atenção. Essa decisão pode ser visualizada com a ampliação da cobertura que passou de 16% para 43,44%. Várias unidades de saúde foram reformadas e passaram a ser denominadas de Centros de Saúde da Família (FORTALEZA, 2008a).

Embora tenhamos um avanço notável, o sistema de saúde de Fortaleza possuía muitos desafios e barreiras. Dentre eles, destacamos os de caráter logístico, que são: os insumos, locação de carros e a contratação de equipes de apoio (como auxiliares de enfermagem e administrativo); além daqueles de caráter relacional, entre os profissionais veteranos e novatos e entre a população e os profissionais (FROTA, 2008).

Na gestão iniciada em 2013, pelo então prefeito Roberto Claudio Rodrigues Bezerra, médico filiado ao Partido Republicano da Ordem Social (PROS), o Plano Municipal de Saúde 2014-2017 aponta para avanços no que se refere a melhorias estruturais. Os Centros de Saúde da Família passaram a ser denominados de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS)<sup>4</sup>, mas não perdem a denominação popular de posto de saúde. Foi investido em ampliação e reforma desses espaços, que impacta diretamente na melhoria das condições de trabalho e na qualidade de atendimento aos usuários (FORTALEZA, 2014a).

O Plano Plurianual 2014-2017 retoma a perspectiva iniciada na administração anterior de a implantação das redes de atenção (FORTALEZA, 2014a). Todavia, essas modificações estão ocorrendo ao nível de gestão, em que são promovidos encontros para apresentar a alguns trabalhadores em saúde as principais mudanças que vêm sendo implementadas (PONTE, 2014). Para essa tarefa em Fortaleza, foi contratado um conjunto de especialistas/consultores coordenados por Eugênio Villaça Mendes. Mendes sistematizou um modelo de organização que foi incorporado pelas políticas de saúde no Brasil.

Para implantação das RAS, o Ministério da Saúde, após pactuação tripartite em 2011, priorizou cinco redes temáticas: rede cegonha, rede de atenção à urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às doenças e condições crônicas, rede de cuidado à pessoa com deficiência. Os elementos comuns entre todas as redes prioritárias de saúde são qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde (BRASIL,

---

<sup>4</sup> Por conta disso, esse será o elemento semântico utilizado para essa pesquisa.

2012b). O município de Fortaleza, também fez a opção de adotar essas mesmas redes prioritárias.

Vale ressaltar, que essa proposta não vem sendo construída na base, com diálogo entre profissionais e população. Em primeiro momento, as medidas vêm sendo tomadas de maneira centralizada, verticalizada e autoritária (PONTE, 2014). Em reunião realizada no dia 29 de julho de 2014, conduzida por Eugênio Villaça Mendes, foi feito um diálogo a respeito do ‘Modelo de Atenção às Condições Crônicas’ referente ao ‘Planejamento Estratégico e o Modelo de Atenção à Saúde’ preconizado pela Secretaria Municipal de Saúde. Nesse encontro, alguns trabalhadores levantaram diversas questões, tais como: o excesso de horários reservados para a demanda espontânea (20 de 32 horas, no caso dos profissionais de medicina), assim como a inexistência de reuniões de equipe e redução de ações programáticas; a ausência de recursos físicos como o transporte para visitas domiciliares; o aumento da cobertura da ESF com base em programas aos quais os profissionais são transitórios, a exemplo do Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica (PROVAB).

Partindo para o discurso institucionalizado, retomando o papel da ESF no contexto das RAS, aquela possui destaque por ser o centro de comunicação e ordenadora de toda a RAS e suas múltiplas linhas de cuidado. Com isso, de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), a ESF deve cumprir basicamente quatro funções:

- Ser base – apresentar-se como o mais descentralizado e de maior acesso, levando em conta a necessidade de promover a participação no cuidado;
- Ser resolutiva – construir vínculos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas por meio de uma clínica ampliada, no sentido de contemplar as necessidades de saúde e ampliar a autonomia;
- Coordenar o cuidado – desenvolver a gestão do cuidado compartilhada e se posicionar como o centro de comunicação entre os pontos de atenção das RASs, organizando o fluxo dos usuários, por meio das práticas de regulação, além de articular outras estruturas das redes de saúde e intersetoriais, públicas, comunitárias e sociais;
- Ordenar as redes – reconhecer as necessidades de saúde da população sob sua corresponsabilidade, para que possa programar os serviços de saúde com base na equidade e articular os outros pontos de atenção de todas as redes de atenção.

Shimizu (2013) ao analisar as percepções de gestores sobre as RAS, identifica que embora as RAS estejam institucionalizadas enquanto componente das políticas de saúde no Brasil; além da ESF favorecer a sua implementação, conforme podemos perceber nas funções

expostas acima, pouco se tem avançado nessa perspectiva. Assim, identificamos na literatura (GONÇALVES et al., 2013; KONDER, 2013; MARQUES, 2011; MENDES, 2011; SANTOS, 2013; SHIMIZU, 2013; SILVA, 2011; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010) diversos desafios relacionados à operacionalização das RAS. Diante disso, apresentamos as principais contradições elencadas pelos autores:

- A situação de saúde da população, especificamente a tripla carga de doenças<sup>5</sup> e o envelhecimento populacional (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011; MARQUES, 2011);
- A organização dos serviços de saúde não centrado na APS (MARQUES, 2011);
- Desarticulação na cooperação solidária entre os municípios de determinada região de saúde (na regionalização), o que compromete a equidade e a universalidade do acesso (SANTOS, 2013; SILVA, 2011; VIANA; LIMA; FERREIRA, 2010);
- A intensa fragmentação do cuidado e centralidade no cuidado médico (BRASIL, 2010a; SHIMIZU, 2013; MARQUES, 2011);
- A existência de serviços privados (KONDER, 2013; SHIMIZU, 2013);
- O baixo financiamento (BRASIL, 2010a; KONDER, 2013; SILVA, 2011; SHIMIZU, 2013);
- A formação profissional inadequada (SILVA, 2011; SHIMIZU, 2013); e
- A inexistência do prontuário eletrônico (GONÇALVES et al., 2013);

Destacamos, então, outro fator agravante na realidade brasileira não referido diretamente nesses estudos: a baixa cobertura da ESF, principalmente nas metrópoles nacionais. Com base na plataforma eletrônica do Departamento de Atenção Básica, em junho de 2015, a cobertura da população por equipes de Saúde da Família estimada em Salvador/BA, por exemplo, é 31,28%, e em Fortaleza/CE 55,68%. Isso evidencia uma problemática que repercute diretamente no cuidado em saúde nos grandes centros urbanos, tendo em vista que se analisarmos esses estados em sua totalidade (ao inserir os demais municípios do estado), encontramos a Bahia com 75,67% e o Ceará com 80,48%. Além disso, em geral, apenas municípios de pequeno e médio porte, possuem 100% de cobertura da população por equipe de Saúde da Família. Nesse sentido, faz-se necessário avaliar como a ESF lida com essas questões, especificamente no cenário dos grandes centros urbanos.

Nesse cenário, o Ministério da Saúde (2010) elenca sete diretrizes enquanto orientadoras para o processo de implementação das RAS, as quais intentam ser coerentes com o Pacto pela Saúde e com as políticas de saúde vigente, sendo elas: (i) Fortalecer a APS para realizar a

---

<sup>5</sup> Presença concomitante de doenças infecciosas e carenciais, causas externas e doenças crônicas.

coordenação do cuidado e ordenar a organização da rede de atenção; (ii) fortalecer o papel dos Colegiados de Gestão Regional (CGRs) no processo de governança da RAS; (iii) fortalecer a integração das ações de âmbito coletivo da vigilância em saúde com as da assistência (âmbito individual e clínico), gerenciando o conhecimento necessário à implantação e acompanhamento da RAS e o gerenciamento de risco e de agravos à saúde (iv) fortalecer a política de gestão do trabalho e da educação na saúde na RAS; (v) implementar o Sistema de Planejamento da RAS; (vi) desenvolver os Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS; e (vii) financiamento do Sistema na perspectiva da RAS.

Essas diretrizes expressam o enfrentamento das problemáticas anteriormente expostas, em geral relacionadas à fragmentação das ações e serviços de saúde, além de representarem uma reafirmação dos elementos constitutivos das RAS. Assim, a estruturação de uma rede deve ser planejada dentro de um território, observando a população, suas necessidades, vulnerabilidades e agravos.

Para esse estudo, fizemos a opção metodológica de focar a primeira dessas diretrizes, afinal, o modelo de APS desenvolvido em Fortaleza, favorece a coordenação do cuidado e ordena a organização das RAS?

Para desenvolver a análise das funções da ESF no contexto de organização das RAS, partimos de alguns pressupostos teóricos que funcionarão como balizas para orientar a análise hermenêutica-dialética das informações empíricas a serem construídas.

**O primeiro pressuposto** – diferentes modelos de organização dos serviços de saúde operam no cenário brasileiro. Dentre eles, destacamos aqueles que são hegemônicos - o Médico-assistencial e o Sanitarista. Esses são operacionalizados a partir da lógica hospitalocêntrica e de campanhas sanitárias, respectivamente. Por outro lado, há algumas propostas contra-hegemônicas, que são fundamentados nas necessidades de saúde (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014). Tendo em vista essas duas perspectivas e partindo do ponto de vista eminentemente teórico, a proposta das RAS no Brasil surge como um modelo de organização dos pontos de atenção, dos fluxos e da comunicação entre os diferentes serviços, com ênfase no atendimento as condições crônicas de saúde e o enfrentamento da fragmentação do cuidado (MENDES, 2011).

**O segundo pressuposto** – O modelo de APS no Brasil é a ESF, proposta para reorientar o modelo de atenção. A ESF possui como funções principais a continuidade do cuidado, que inclui a questão do vínculo e da longitudinalidade; a integralidade, em todos os sentidos já expostos; e a coordenação do cuidado, tendo a incumbência de organizar, coordenar e/ou integrar o cuidado mesmo quando realizado em outro nível de atenção (STARFIELD, 2002). A proposta

de organização das RAS reitera o modelo da ESF na organização do sistema. Desse modo, entendendo a APS como a base do sistema de saúde, e para que seja plenamente condizente com o que se propõe, carece de investimentos sólidos e robustos, além de implicação sanitária dos atores que a compõem.

Nesse sentido, temos como pergunta norteadora: como a ESF está desempenhando as funções de coordenadora e ordenadora do cuidado na operacionalização das RAS? Outras questões emergem nesse contexto: Como os trabalhadores em saúde e os gestores da APS vivenciam todas essas responsabilidades, ao considerar que parte significativa da população se encontra “descoberta” pelas equipes de Saúde da Família? Como as RAS vêm sendo implementadas nesse contexto? Como os sujeitos compreendem essas mudanças? Quais estratégias vêm sendo adotadas para alteração da fragmentação das ações?

Tendo por base essas questões e os pressupostos teóricos apresentados, esse estudo tem por objetivo principal: **Avaliar a ESF no desempenho das funções de coordenadora e ordenadora do cuidado na operacionalização das RAS em uma metrópole brasileira.**<sup>6</sup> Para isso, buscamos descrever o processo de implantação das RAS e o papel da APS nesse modelo; identificar as principais estratégias para articulação das RASs; apreender a percepção dos trabalhadores em saúde e gestores acerca das facilidades e dificuldades nas ações da ESF na articulação das RAS; além de discutir como as mudanças implantadas estão sendo compreendidas pelos sujeitos.

Para alcançar esses objetivos, realizamos uma pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade estudo de caso, fundamentada em Guba e Lincoln (2011), com algumas adaptações realizadas por Wetzel (2005). O processo de construção das informações empíricas foi realizado durante os meses de janeiro a junho de 2015, norteado pelo círculo hermenêutico dialético, por meio de entrevistas com cinco gestores e nove trabalhadores, encontro grupal com cada um desses grupos e 80 horas de observação participante. A interpretação das informações empíricas foi fundamentada na hermenêutica-dialética.

Desse modo, o primeiro capítulo é a presente introdução. O segundo é composto pelo eixo teórico-metodológico, em que discutimos os conceitos de: modelos de atenção à saúde, APS e ESF, assim como o de RAS; e posteriormente destacamos o percurso metodológico dessa

---

<sup>6</sup> O projeto “Análise de Políticas de Saúde no Brasil (2013-2017)”, coordenado por Jairnilson Silva Paim do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia (UFBA) envolve uma rede de pesquisadores que estudam as políticas de saúde do SUS. No ano corrente o Laboratório de Seguridade Social e Serviço Social (LASSOSS) da UECE, coordenado pela professora Lucia Conde de Oliveira, passou a integrar essa rede, em que desenvolve um projeto intitulado “Organização das Redes de Atenção à Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção” o qual efetivamente esse estudo integra.

pesquisa. No terceiro capítulo realizamos uma caracterização da UAPS Luis Albuquerque Mendes, cenário em que ocorreu a observação participante e muitas das entrevistas.

O capítulo 4, denominado Organização e gestão das redes de atenção à saúde pela atenção primária, abordamos as temáticas que possuem articulação direta com a articulação das RAS. Nesse sentido, o debate foi sistematizado didaticamente em quatro seções. Na primeira, discutimos a política de APS e a construção das redes; posteriormente abordamos o Modelo de Atenção à saúde de Fortaleza e as Redes de Atenção à Saúde, onde alertamos algumas problemáticas enfrentadas no campo da atenção primária; na terceira destacamos a organização da oferta de serviços pelas equipes de Saúde da Família e seus determinantes, onde a organização da agenda dos profissionais e sua determinância nas redes entrou em debate; e por fim, discutimos a situação dos fluxos e contrafluxos na rede a partir do prisma da APS.

Já no capítulo 5, intitulado Processo de trabalho na Atenção Primária e suas repercussões nas Redes de Atenção à Saúde engloba as temáticas que tratam dos processos de trabalho, que, embora tenham relação estreita, não são, em primeira análise, objetos de articulação das RAS. Nesse sentido, o debate foi sistematizado didaticamente em quatro seções: O primeiro discute a baixa cobertura e a insuficiência da APS; o segundo trata das decorrências da ampliação do horário de funcionamento das UAPS; o terceiro envolve o acolhimento da UAPS, com foco na ambiência, insumos e medicamentos; e o quarto abrange o campo da formação e sua interface com os serviços.

O sexto capítulo corresponde as considerações finais e as recomendações construídas a partir dos achados. Finalizamos, portanto, com algumas palavras que representa um pouco do meu sentimento pessoal ao fechar esse ciclo de amestramento.

## 2 EIXO TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

Para Jairnilson Paim (2002), modelo não é sinônimo de padrão, exemplo ou burocracia, mas sim uma razão de ser – uma racionalidade. Nesse sentido, não é uma maneira de organizar os serviços de saúde, nem de administrar (gestão e gerenciamento) o sistema e os serviços de saúde. É, portanto, uma forma de combinar técnicas ou até mesmo uma “lógica” que orienta a ação.

Com base em uma visão ampliada e sistêmica sobre modelos de atenção à saúde, podemos incluir até três dimensões: uma gerencial, direcionada aos mecanismos de condução do processo de reorganização das áreas e serviços; uma dimensão organizativa, que envolve as relações entre as unidades de prestação de serviços; e a dimensão técnico-assistencial, ou operativa, que envolve as relações estabelecidas entre as práticas e seus objetos de trabalho (TEIXEIRA, 2002).

O debate sobre a organização dos serviços de saúde no cenário brasileiro tem sido central no âmbito do movimento da reforma sanitária brasileira. Podemos identificar diversos mudanças engendradas nas últimas décadas, em que é possível encontrarmos algumas “correntes de pensamento”/ linhas de força que se entrecruzam, em alguns momentos. Em contrapartida, na obra de alguns autores, são geradas concepções e propostas alternativas, que de certo modo vêm sendo implantadas, principalmente nas situações em que são tomadas como referenciais para a formulação de políticas (TEIXEIRA; SOLLA, 2006).

Nessa seara, consideramos importante realizar uma pequena digressão a respeito dos modelos hegemônicos, na medida em que isso nos auxilia no entendimento dos discursos dos trabalhadores, que apontam as “inovações” propostas pela gestão municipal. Desse modo, Teixeira e Vilasbôas (2014) destacam dois: o modelo médico-assistencial e o modelo sanitário.

Assim, destacamos que o modelo médico-assistencial tem origem na Medicina Liberal, que surge inicialmente como privilégio de poucos que poderiam pagar. Inclusive, esse modelo passou a ser conhecido como “privatizante” ou “privatista”, tendo em vista que a rede assistencial era composta por serviços contratados privados e conveniados. Assim, o modelo de atenção médico-assistencial hospitalocêntrico e privatista é algo que ainda repercute no SUS – em meio a conflitos e negociações direcionadas a sua mudança ou conservação (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

O outro modelo hegemônico, conhecido como “sanitarista”, foi responsável pelo desenvolvimento de algumas ações de controle sanitário no decorrer da história brasileira. Uma das principais linhas de ação dessa proposta são as “campanhas sanitárias”, importantes até hoje, principalmente no que se refere à imunização da população. As ações movidas por esse modelo se evidenciam em programas verticais, de caráter periódico – indo de acordo com as características epidemiológicas da doença ou agravo que se pretende erradicar e/ou controlar (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2014).

A tabela a seguir, sintetiza esses dois modelos:

Tabela 1 - Características dos “modelos de atenção” prevalentes no Brasil

<b>Modelo</b>	<b>Sujeito</b>	<b>Objeto</b>	<b>Formas de organização</b>
Médico-assistencial	Médico	Doenças e doentes	Redes de serviços de saúde; Hospital
Sanitarista	Sanitarista Auxiliares	Modelos de transmissão; fatores de risco das diversas doenças	Campanhas sanitárias; Programas especiais; Sistemas de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental

Fonte: Adaptado de Teixeira e Vilasbôas (2014, p. 291).

Em análise de subtítulo sugestivo (desatando nós, criando laços), Teixeira (2003) aponta que no processo de construção da reforma sanitária o setor saúde se tornou um grande laboratório, o qual diversas propostas surgiram. Dentre elas, Carmen Teixeira (2003) destaca três modelos de atenção à saúde que tiveram destaque no cenário brasileiro. Uma delas é oriunda de um grupo de pesquisadores do Laboratório de Planejamento da Universidade Estadual de Campinas (LAPA-UNICAMP), o chamado “modelo técnico-assistencial em defesa da vida”. O ponto de congruência entre os principais autores (Campos, Merhy e Cecílio) é a apropriação do fundamento filosófico e conceitual do marxismo, do assistencialismo, da psicanálise e da análise institucional.

Outro modelo foi desenvolvido pelo Departamento de Medicina Preventiva da Universidade de São Paulo (DMP-USP) que recebe o rótulo de “ações programáticas em saúde” e uma nova ética de cuidado. Nessa proposta, a programação é uma tecnologia que pode ser tomada como base para reorganização dos processos de trabalho. As principais influências desse modelo é o marxismo estruturalista, com enfoque epidemiológico, em uma perspectiva crítica, e posteriormente passou a problematizar a dimensão ética do cuidado (TEIXEIRA, 2003).

Por fim, destaca o modelo da Vigilância da Saúde, proposto pelo grupo do ISC-UFBA. A operacionalização dessa proposta se deu principalmente no âmbito da regionalização e hierarquização dos serviços, principalmente no contexto dos antigos Distritos Sanitários. Essa

proposta inclui a noção de ‘problema de saúde’ no processo de planejamento e programação das ações (TEIXEIRA, 2003).

A mudança no modelo de atenção à saúde, requer um processo extremamente complexo, pois requer um conjunto heterogêneo de mudanças de iniciativas “macro” sistêmicas, assim como a formulação e implementação de políticas que criem condições para as mudanças a nível “micro” (TEIXEIRA, 2002). Para esse trabalho seguiremos ancorados nesse conceito postulado por Carmen Teixeira (2002), o qual nos permite analisar a operacionalização das redes de atenção nessas duas perspectivas – macro e micro; mesmo com o entendimento de que ambas estão imbricadas e as temáticas podem surgir de modo recorrente.

Identificamos a proposta das RAS como um modelo de organização que está sendo implantado em Fortaleza, com base na equipe de assessoria coordenada por Eugênio Vilaça Mendes. Mendes propõe um modelo de atenção à saúde para as condições crônicas, assim como traz indicativos para as condições agudas. Por conta disso, apreendemos alguns dos conceitos desse autor para nortear a análise desse trabalho.

Contudo, para compreendermos a proposta das redes de atenção, faremos uma breve reflexão sobre a ESF, identificando os elementos dos diversos modelos de atenção presentes nessa proposta.

#### **4.1.1 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família**

Em um cenário mundial no qual o modelo médico hegemônico, especializado e intervencionista, preponderava ainda mais do que na atualidade, a Atenção Primária à Saúde (APS) surge como alternativa. Desse modo, essa nova perspectiva surge como estratégia diferenciada frente a veemente (re)produção as práticas verticais de intervenção ao combate às endemias, nos países em desenvolvimento (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). Desse modo, com a prerrogativa de reorientar os sistemas de saúde, sua formulação, explicitação e divulgação ocorreu em 1978, na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e o Fundo das Nações Unidas pela Infância, em Alma Ata, capital da República Socialista Soviética do Cazaquistão (OMS/UNICEF, 1979).

Essa conferência, embora não tenha contado com a participação do Brasil, reuniu representações de 134 governos, com mais de três mil delegados. Nessa empreitada, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, reafirmado em 1979 pela Assembleia-Geral da OMS, que

lançou a Estratégia de Saúde para Todos no Ano 2000. Esse documento reconhece a desigualdade existente entre os povos, e a importância de articulações entre agências internacionais e os governos, além da atuação intersetorial, no sentido de alcançar um nível de saúde condizente com uma vida social e economicamente produtiva (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

A Declaração de Alma-Ata resgata uma concepção abrangente de Atenção Primária, ao considerá-la como central nos sistemas de saúde e no desenvolvimento social e econômico das comunidades. Assim, a conferência de Alma Ata especificou como componentes fundamentais da APS a educação em saúde, saneamento ambiental, programas de saúde materno-infantis, prevenção de doenças endêmicas locais, tratamento adequado de doenças e lesões “comuns”, disponibilização de medicamentos “essenciais”, promoção de boa nutrição e medicina tradicional (STARFIELD, 2002).

O debate que atravessa a APS é permeado por concepções e operacionalizações diversas. No Brasil, por exemplo, temos a ESF como forma de reorientação desse nível de atenção. Embora tenhamos uma única Política Nacional de Atenção Básica, encontramos diferentes “ESF”. Em primeira análise, isso não é uma contradição. Do ponto de vista ontológico, a descentralização direcionada a municipalização é algo já previsto, e faz com que cada uma dessas unidades federativas tenha autonomia de regionalizar o sistema de saúde (e a APS) de seus municípios. O problema surge, na realidade, quando essas esferas de gestão (compartilhada ou não) rompe com os princípios da APS, especialmente nas situações em que as decisões tomam o rumo dos interesses individuais.

Diante disso, cabe aqui destacar quatro principais linhas de interpretação da APS: (i) uma que se limita a programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços – *selective primary care*; (ii) outra que consiste em serviços ambulatoriais médicos não-especializados de primeiro contato, incluindo ou não ações de saúde pública e serviços clínicos para toda a população – *primary care*; (iii) abrangente ou integral, embasado na declaração de Alma Ata para o enfrentamento das necessidades individuais e coletivas de saúde – *comprehensive primary health care*; (iv) APS como filosofia que norteia processos emancipatórios pelo direito universal à saúde. (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Essa categorização permitiu identificar que a concepção de APS prevista em Alma-Ata foi implementada parcialmente, visto que houve um predomínio da APS seletiva, com base em programa focalizados, que consistiam basicamente em uma cesta básica de serviços e de baixa resolubilidade. Assim, eram designados pacotes de intervenções de baixo custo para combater as principais doenças em países pobres. Essa perspectiva foi também empregado no Brasil, por

meio do PACS, que foi desenvolvido inicialmente nas regiões Norte e Nordeste em áreas rurais e periurbanas, com vistas a contemplar demandas de combate e controle de determinadas epidemias, com foco na reidratação oral e na orientação à vacina (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008).

Com a implementação da APS em vários países, a percepção de seus desafios e a convicção de sua importância, emerge um movimento de renovação da APS, que ganha força no discurso institucionalizado de agências internacionais, tais como a OMS e a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), com tencionamentos direcionados a implementar a proposta política-ideológica dita abrangente. Assim, podemos observar no quadro abaixo as principais diferenciações desses dois horizontes.

Quadro 1. Comparação das características de implementação da APS seletiva e da APS integral renovada

<b>Primeiras tentativas de implementação da APS</b>	<b>Preocupações atuais da reforma da APS</b>
Amplo acesso a um pacote básico de intervenções em saúde e a medicamentos essenciais para os pobres em áreas rurais	Transformação e regulamentação dos sistemas de saúde existentes, com o objetivo de acesso universal e da proteção social da saúde
Concentração na saúde da mãe e da criança	Preocupação com a saúde de todos os membros de uma comunidade
Focalização num pequeno número de doenças selecionadas, primordialmente, infecciosas e agudas	Resposta integrada às expectativas e necessidades das pessoas, ampliando o espectro de riscos e de doenças abrangidas
Melhorias em higiene, água, saneamento e educação para a saúde ao nível das comunidades	Promoção de estilos de vida mais saudáveis e mitigação dos efeitos dos riscos sociais e ambientais
Tecnologias simples para trabalhadores de saúde comunitários, não profissionais e voluntários	Equipes de trabalhadores da saúde a facilitar o acesso e o uso apropriado das tecnologias e dos medicamentos
Participação vista como a mobilização de recursos locais e a gestão de centros de saúde através de comitês de saúde locais	Participação institucionalizada da sociedade civil em diálogos políticos e mecanismos de responsabilização
Serviços financiados e prestados pelo Governo, com gestão centralizada e de cima para baixo	Sistemas de saúde pluralísticos num contexto globalizado
Gestão da crescente escassez e redução de postos de trabalho	Pelo aumento dos recursos para a saúde a serviço da cobertura universal.
Ajuda e assistência técnica bilaterais	Solidariedade global e aprendizagem conjunta
Atenção primária como a antítese do hospital	Atenção primária como coordenadora de uma resposta integrada a todos os níveis
APS é barata e requer apenas um modesto investimento	APS não é barata: requer um investimento considerável, mas mais compensador do que qualquer outra alternativa

Fonte: OMS. Relatório sobre a Saúde no Mundo, 2008. Atenção Primária à Saúde: Agora mais do que nunca. P. XVI

Ao analisarmos essas duas vertentes, nos permitimos não dicotomizar a APS em seletiva ou abrangente (como reza a cartilha positivista), ao passo que partimos da contradição como requisito inerente a construção da sociedade capitalista. No entanto, não negamos a existência desses horizontes, ao passo que também alertamos para a coexistência de ambas as características em determinadas realidades, sendo um deles preponderante. Na realidade

brasileira, apesar de apresentar-se ideologicamente como abrangente (ou não restrita a um pacote básico de serviços), esses serviços são permeados por algumas características da APS seletiva, tais como a atuação na lógica de programas específicos, limitações de abrangência e escopo determinadas pelo subfinanciamento e a coexistência de três subsistemas de saúde – público, privado e o público-privado.

Diante dessa miscigenação de concepções de APS, Jairnilson Silva Paim (2012) em texto histórico-crítico, levanta questões importantes relacionadas a essa questão. Suas provocações, inclusive, se iniciam a partir do título – Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? – Portanto, indica que há posições e interpretações para todos os gostos, interesses e políticas. Ao contextualizar esse debate na realidade brasileira, aponta que conceitualmente houve uma tentativa de romper com a concepção seletiva de APS, exemplifica essa questão pela opção das expressões ‘atenção básica’ para a APS e ‘estratégia’ para o Programa Saúde da Família; todavia, ressalta que ainda assim se limitou a realizar, em geral, intervenções “pobres para pobres”.

No sentido de nortear nossa compreensão sobre APS, cabe ainda destacar seus atributos essenciais e derivados, conforme a sistematização de Starfield (BRASIL, 2010c). Os essenciais são o acesso, a longitudinalidade, a coordenação e a integralidade. Os derivados são a orientação familiar, a orientação comunitária e a competência cultural.

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: reafirma a atenção primária como porta de entrada prioritária do sistema, excetuando-se as situações de verdadeiras emergências e urgências médicas;
- Longitudinalidade: diz respeito à continuidade do cuidado, que remete a pensar a atenção as famílias durante todo o ciclo de vida;
- Integralidade: engloba os serviços disponíveis e prestados, assim como a quebra do paradigma saúde-doença que foco nos aspectos biológicos. Assim, inclui as ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação, além do acesso aos usuários com relação aos encaminhamentos realizados.
- Coordenação da atenção: pressupõe que o cuidado longitudinal seja realizado pelo mesmo profissional (no caso do Brasil, é realizado pela equipe de Saúde da Família), função essa que é facilitada pelo prontuário. Assim, a atenção primária tem como premissa a integração do cuidado por meio da coordenação entre os serviços.

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): consiste na avaliação das necessidades singulares para a atenção integral, tendo a família como o objeto precípua do cuidado. Assim, cabe à atenção primária lançar mão de ferramentas de abordagem familiar.
- Orientação comunitária: parte do reconhecimento das necessidades em saúde da comunidade por meio de dados epidemiológicos, bem como do contato direto com ela. Assim, pressupõe planejamento e avaliação compartilhada dos serviços.
- Competência cultural: visa à promoção do diálogo entre os trabalhadores em saúde e as características culturais da população, na busca pelo entendimento das singularidades da comunidade.

Dentre todos esses atributos, é importante expor alguns outros elementos relativos ao da coordenação da atenção. Trata-se de um desafio, tendo em vista a multiplicidade de tipos de motivos de encaminhamento, assim como a fragilidade dos sistemas de informações no que diz respeito à transferência e reconhecimento de informações geradas nos diferentes estabelecimentos de saúde. A continuidade do profissional é algo que facilita esse processo do ponto de vista de conhecer os usuários da área. Todavia, não influencia no reconhecimento de informações a respeito de consultas em outros lugares. Esses, aliados a outros fatores, culminam com a coordenação da atenção ser considerada fraca em muitos estudos (STARFIELD, 2002).

O elemento estrutural essencial para a coordenação é a continuidade da atenção. Essa pode ser fomentada, em primeira análise, com a manutenção da mesma equipe de saúde para o mesmo caso. Outra maneira é o estabelecimento de sistemas de informações potentes, que façam com que ocorra a comunicação, por meio dos registros dos trabalhadores. Em geral, a continuidade e coordenação do cuidado ficam somente a cargo da memória dos profissionais para o compartilhamento das informações, o que representa problemáticas importantes na saúde (STARFIELD, 2002). Para pensarmos os atributos da APS, precisamos de uma proposta que integre os diferentes níveis de atenção. Nesse sentido, a proposta das RAS apresenta-se como uma alternativa que vem sendo construída.

#### **4.1.2 As Redes de Atenção à Saúde**

Figura-se enquanto importante no cenário brasileiro, a proposta de operacionalização das RAS da Organização Pan-Americana de Saúde, emergente a partir de consultas nacionais e regionais sendo denominada ‘Redes Integradas de Serviços de Saúde’ (OPAS, 2010). Além dessa, possui destaque as obras de Eugênio Vilaça Mendes, que resgatam a partir de experiências internacionais, um modelo a ser desenvolvido no SUS, elencando terminologias

que foram incorporadas nos documentos oficiais brasileiros que tratam dessa questão. Nesse sentido, cabe aqui discutir essa proposta e destacar seus principais conceitos para análise das informações empíricas (BRASIL, 2010a; MENDES, 2008; 2010; 2011).

A proposta organizada pela OPAS (2010) se pauta na equidade e na integralidade destinada a uma população definida, aproximando-se por conta disso, das redes regionalizadas dos sistemas públicos. Assim, o documento elenca quatorze atributos essenciais, sendo: seis relacionados ao modelo assistencial: (i) população e o território definido, (ii) uma extensa rede de estabelecimentos de saúde, (iii) APS universal, como porta de entrada e integradora/coordenadora da atenção, (iv) a prestação de serviços especializados em locais apropriados, de preferência em ambientes extra hospitalares, (v) existência de mecanismos de coordenação assistencial e (vi) atenção centrada na família. Três atributos ligados à governança e estratégia: (vii) um sistema de governança único para toda a rede, (viii) participação social ampliada, (ix) ação intersetorial. Quatro direcionados a organização e gestão: (x) Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico, (xi) recursos humanos suficientes, competentes e comprometidos com a rede, (xii) sistemas de informações potentes, integrando todos os membros da rede, (xiii) gestão baseada em resultados. E um ligado a alocação de recursos e incentivos: (xiv) financiamentos adequados e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede.

No Brasil, embora a discussão a respeito das RAS não seja algo novo, sua implementação aparece em maior evidência nos últimos anos. Nesse sentido, outros países possuem experiência mais duradouras. Essas experiências vêm sendo utilizada por Mendes, para elaboração de uma proposta para o Brasil. Vale ressaltar, que não há um modelo universal, principalmente na realidade brasileira em que as gestões municipais possuem autonomia administrativa e política. Por conta disso, compreendemos que a implantação das RAS carece de uma construção coletiva, a partir da base, com discussões que envolvam as equipes de saúde e usuários. Construção social essa que condiz com o processo democrático emergente a partir do movimento da reforma sanitária e com a constituição do presidencialismo democrático previsto para o Brasil.

Para avançar na compreensão da proposta desenvolvida por Mendes, que se faz presente no discurso institucionalizado de RAS no Brasil, cabe-nos ressaltar alguns conceitos-chave, como o de condições de saúde, resgatados da literatura internacional por Mendes (2011) ao citar Von Korff et al., Holman e Lorig e reafirmado pela Organização Mundial da Saúde.

Com base nisso, identificamos nesse debate que as tipologias ‘doenças transmissíveis’ e ‘doenças crônicas não transmissíveis’ são conceitos favoráveis em algumas situações, como

nos estudos epidemiológicos. Todavia, Mendes argumenta que esses conceitos não são considerados adequados para pensar a organização dos sistemas de atenção à saúde. A justificativa para o surgimento do conceito das condições de saúde se pauta no exemplo de algumas doenças transmissíveis de curso longo, como por exemplo, a hanseníase, que possuem maior aproximação com a lógica operacional do enfrentamento de doenças crônicas (MENDES, 2011).

Nesse sentido, a proposta é de mudança do sistema para se adequar ao enfrentamento das condições crônicas e agudas. O autor estabelece três aspectos basilares na delimitação da condição de saúde. Consideramos que dois desses aspectos dizem respeito à condição de saúde propriamente dita, uma é em relação ao tempo de duração, se longo será condição crônica; se curto (inferior a três meses), será condição aguda; outro diz respeito à forma de enfrentamento, se episódica, será condição aguda, se contínua, será condição crônica. Outro elemento para essa definição não tem relação direta com a condição de saúde e sim com a organização do sistema de saúde, se fragmentado ou integrado (MENDES, 2011). Vale ressaltar que não somente as doenças são enquadradas nesses conceitos, a gestante, por exemplo, é considerada uma condição crônica.

Tendo conhecimento do conceito das condições de saúde, podemos avançar no debate em direção aos elementos constitutivos das RAS, ressaltados em diversas obras do autor (MENDES, 2008; 2010; 2011) e reafirmados pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2010a). Assim, são descritos três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é colocada como responsabilidade sanitária e econômica das RAS (MENDES, 2008), essa afirmativa tem a intenção de dialogar com um fundamento da política de APS no Brasil que é a participação, de maneira que o usuário possa contribuir com a construção de seu cuidado individual e coletivo, com a organização e orientação dos serviços de saúde, sendo provocado a desenvolver a autonomia (BRASIL, 2012a).

Como características desse elemento – a população – destacam-se os sistemas de informações, em que são desenvolvidos, por exemplo, prontuários eletrônicos, de modo a viabilizar o acesso às informações por toda a rede. A população deve ser também subdividida por fatores de risco em relação às condições de saúde, sendo o conhecimento da população outro aspecto relevante, que envolve os seguintes requisitos (MENDES, 2008; 2010; 2011):

[...] o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de

subpopulações com fatores de riscos; a identificação das subpopulações com condições de saúde estabelecidas por graus de riscos; e a identificação de subpopulações com condições de saúde muito complexas (MENDES, 2008, p. 7; MENDES, 2010, p. 2301; MENDES 2011, p. 85).

A relevância da tecnologia da informação é inegável na perspectiva da construção das redes de atenção. Todavia, esse elemento, especificamente, os prontuários eletrônicos na APS e nas unidades de especialidades não se encontram difundidos em todo o cenário nacional. Nas situações em que não há prontuário eletrônico plenamente integrado no sistema de saúde, pode ocorrer situações em que o usuário é o único portador das informações, o que compromete a integralidade do cuidado (SANTOS, 2013). Vale ressaltar a importância do diálogo na atenção, no sentido da construção compartilhada com o usuário dos projetos terapêuticos. Todavia, as informações atreladas ao prontuário são significativas para a atenção integral.

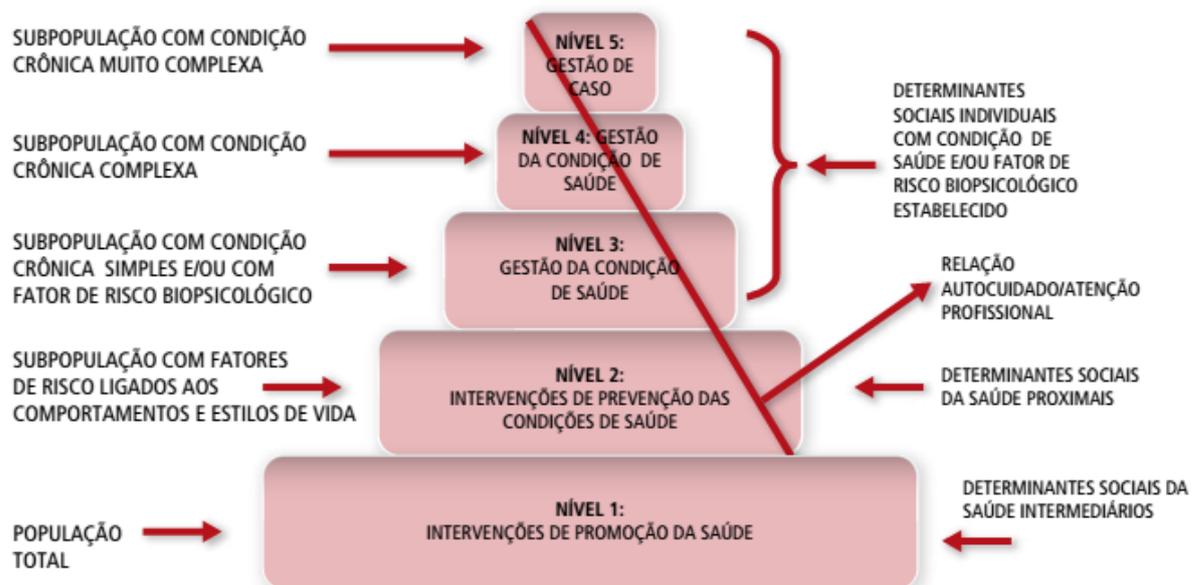
A estrutura operacional, segundo elemento constitutivo das RAS, é formada pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que interligam esses diferentes nós (BRASIL, 2010a; MENDES, 2008; 2010; 2011). Seus componentes incluem a APS, como centro de comunicação/coordenadora do cuidado; os pontos de atenção secundária e terciária, que envolvem serviços especializados de acordo com a densidade tecnológica; os sistemas de apoio, onde são realizados serviços transversais a todos os pontos, como por exemplo, o apoio diagnóstico e terapêutico; os sistemas logísticos, que são amplamente ancorados em tecnologias da informação, como o cartão de identificação do usuário; e os sistemas de regulação assistencial, que deve considerar os arranjos interfederativos que se praticam no Brasil (BRASIL, 2010a; MENDES, 2008; 2010; 2011).

O terceiro elemento constitutivo são os modelos de atenção, os quais organizam o funcionamento e o processo de trabalho das redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010a; MENDES, 2008; 2010; 2011). Esses modelos operam baseados nas condições de saúde, que requer ações concomitantes entre as condições agudas, nas situações que demandam resposta rápida e as condições crônicas, quando requer um cuidado longitudinal.

Em relação às condições agudas, também se enquadram as situações de agudização das condições crônicas, como por exemplo, no caso de um hipertenso em uma situação de urgência maior, como infarto agudo do miocárdio (BRASIL, 2010a; MENDES, 2010; 2011). Vale ressaltar, que em situações de urgência e emergência, a APS se desloca de seu papel de coordenadora dos fluxos e contra fluxos e passa a ser mais um dos pontos de atenção, sendo essa ocorrência de responsabilidade exclusiva da rede de atenção às urgências e emergências (BRASIL, 2010a; MENDES, 2011).

A proposta construída e apresentada por Mendes para lidar com as condições crônicas no SUS e vem sendo implementada pelo Ministério da Saúde, teve por base experiências internacionais e foi denominada Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC), que possui cinco níveis e três componentes integrados (MENDES, 2011). Os níveis de intervenção são: (i) intervenções de promoção da saúde, (ii) intervenções de prevenção das condições de saúde, (iii) gestão da condição de saúde – condição crônica simples e/ou com fator de risco biopsicológico, (iv) gestão da condição de saúde – condição crônica complexa – e (v) gestão de caso. Os componentes são: (i) a população, (ii) os focos das intervenções de saúde, (iii) e os tipos de intervenção (MENDES, 2011). Essa proposta, pode ser observada na Figura 1:

Figura 1 - Modelo de Atenção às Condições Crônicas



Fonte: Mendes (2007)

Nessa perspectiva de atuação, se percebe uma articulação com o Modelo de Determinação Social da Saúde, proposto por Dahlgren e Whitehead (1991). Esse modelo tem por base a atuação centrada nos níveis de determinação em quatro camadas: a primeira, mais próxima dos fatores biológicos, representam os comportamentos e estilo de vida individuais; a segunda envolve a influência das redes sociais e comunitária; na terceira as condições de vida e trabalho; e na quarta estão situadas as condições socioeconômicas, culturais e ambientais gerais.

Essa interface entre o MACC e o Modelo de Determinação Social da Saúde ocorre com a variação nos níveis de atenção à saúde. Conforme a Figura 1, o primeiro nível permeia a população total da rede, com foco nos determinantes sociais da terceira e quarta camada; seguindo até o nível cinco, que envolve a subpopulação com condição crônica muito complexa. A linha transversal presente na figura, por sua vez, indica que aquelas pessoas que se enquadram acima dela, carecem de maior atenção profissional, enquanto as que estiverem abaixo, necessitam de um autocuidado apoiado.

## 4.2 PERCURSO METODOLÓGICO

Apresentamos a metodologia em quatro subseções. A primeira discute a *Avaliação em saúde*, a qual apresentamos um panorama geral sobre essa temática, assim como algumas perspectivas de sua realização. Posteriormente, detalhamos a nossa opção pela avaliação de quarta geração. Na segunda, denominada *Desenvolvendo o trabalho de campo*, expomos como ocorreu o processo de construção das informações empíricas. Subsequentemente, em *Plano de análise*, caracterizamos como as informações empíricas foram sistematizadas e constituídas em capítulos. Por fim, evidenciamos os *Aspectos éticos*.

### 4.2.1 Avaliação em saúde

Avaliação é uma atividade antiga, a ponto de não poder ter uma data delimitada de sua origem, até porque é inerente ao próprio processo de aprendizagem. Desse modo, ela está inserida nos diversos setores. Encontramos o conceito de avaliação como polissêmico, que se operacionaliza desde um processo formal e institucional, com aspectos pré-definidos, até em situações não destinada a avaliação, em que essa ocorre de maneira subjetiva e inconsciente.

Peduzzi (2000) e Sisson (2007) atribuem à avaliação em saúde como obrigação da gestão, prioritariamente com a função de apoiar intervenções e decisões, em que os resultados positivos são identificados por meio dos benefícios proporcionados aos usuários do objeto de estudo (políticas, serviços ou programas de saúde). Assim, trata-se de um dispositivo potente no que concerne a proporcionar subsídios para uma transformação das práticas e consequentemente da realidade. É um instrumento de gestão, que pode também estar ligado a uma pesquisa científica e vice-versa.

Nesse contexto, tendo por base a existência de diversos conceitos e metodologias de desenvolvimento de avaliações, considera-se que não existe nenhuma forma “(in) correta” de

defini-la, visto que se essa conceituação fosse encontrada, não faria sentido discutir como conduzi-las, nem tampouco seus objetivos (GUBA; LINCOLN, 2011). Assim, nessa sessão discutiremos alguns aspectos conceituais e metodológicos a respeito da avaliação em saúde, com esforços de contextualizá-los com as discussões de como as avaliações são desenvolvidas enquanto política no Brasil.

Independente da forma, consideramos que o ato de avaliar agrega valor quando se coloca como disparador de melhorias, principalmente ao aprimorar institucional e profissionalmente os serviços de saúde, com base em seus resultados (FELISBERTO, 2006). Trata-se de uma prática amplamente realizada. No Brasil, essa preocupação se amplia de modo progressivo, de maneira que nos últimos anos essa área é um relevante alvo de preocupação dos gestores públicos (PAIM, 2005). Diante disso, inicia-se um processo de institucionalização da avaliação dos serviços de saúde, que se materializa dentre outras maneiras pela criação do Departamento de Avaliação (em 1998, na então Secretaria de Políticas de Saúde), da Política Nacional de Avaliação para Atenção Básica em Saúde (em 2003), do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (2004), assim como da Coordenadoria de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica.

A Política de Avaliação para Atenção Básica em Saúde instituída em 2003 foi criada a partir de discussões que englobam uma ampliação da participação dos serviços de saúde nos níveis de saúde e de doença da população, em que se amplia o leque de objetivos e de indicadores de saúde (BRASIL, 2005a), todavia, vale ressaltar que é importante compreender a saúde socialmente, em trabalho intersetorial. O Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde surgiu em 2005, fruto de uma iniciativa do Ministério da Saúde em ampliar o até então Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares (criado em 1998), desse modo, tem por objetivo prioritário avaliar os serviços de saúde do SUS nas dimensões de estrutura, processos e resultados relacionados ao risco, acesso e satisfação dos usuários em relação aos serviços (BRASIL, 2005b).

Possui também destaque enquanto avaliação institucional realizada pelo SUS o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade na Atenção Básica (PMAQ), lançado em 19 de julho de 2011, por meio da portaria ministerial número 1.654, com a proposta de incentivar os gestores a melhorar a qualidade dos serviços de saúde, por meio de avaliações periódicas. Essa avaliação tem por base quatro fases - adesão e contratualização, desenvolvimento, avaliação externa e pactuação – as quais se busca atingir um “padrão de qualidade” a ser comparável no nível nacional (BRASIL, 2011b). Essa iniciativa busca mudar a problemática da não integração das avaliações em saúde com os processos decisórios e de planejamento da

gestão (SISSON, 2007). Nesse sentido, alguns autores debatem a respeito da institucionalização da avaliação em saúde no SUS (CONTANDRIOPOULOS, 1999; FELISBERTO, 2006; HARTZ, 1999).

Hartz (1999) trata de uma proposta teórico-metodológica de avaliação em saúde, no sentido de ser desenvolvida em uma possível estrutura governamental por programas e como subsidiária ao contexto político-decisório no Brasil. Assim, pontuou três eixos prioritários. O primeiro envolve um modelo teórico, que trata do problema ou comportamento visado pelo programa, à população alvo e as condições do contexto; além do conteúdo do programa. O segundo permeia a pluralidade metodológica, sendo considerado um elemento necessário diante da complexidade do sistema de saúde. Por fim, alerta para a obrigatoriedade de dispositivos institucionais que regulamentem os estudos de avaliação.

Felisberto (2006) considera que a institucionalização pode resultar em uma maior organicidade da avaliação na rotina das organizações de saúde, a partir da criação de uma cultura avaliativa, que envolve diversos requisitos, como a formação dos sujeitos envolvidos direcionada a essa tarefa. Afirma ainda que a criação de departamentos e secretarias não são suficientes para implementar essa institucionalização, justamente pela necessidade de implicação dos atores envolvidos.

Nesse mesmo sentido, Contandriopoulos (1999) destaca que a institucionalização por si só não é suficiente para engendrar uma postura avaliativa por parte dos diversos atores envolvidos. Suas reflexões permeiam a ainda possível limitação na profundidade dos estudos avaliativos, por conta da possível dominação da lógica reguladora presente na institucionalização da avaliação. Sabemos que não iremos esgotar a discussão a respeito da institucionalização da avaliação em saúde, nem tampouco essa é nossa pretensão, assim, nos permitimos imergir em discussões mais conceituais a respeito da avaliação em saúde.

Silva e Formigli (1994), em uma revisão de literatura, realizaram uma discussão acerca dos estudos sobre essa temática, com relação ao seu objeto, atributos, enfoque teórico e desenhos. Assim, perceberam um alinhamento entre os desenhos das pesquisas avaliativas com os da epidemiologia. Dos problemas encontrados, os autores destacam a diversidade terminológica, insuficiência e inadequações de alguns métodos e técnicas preponderantes na literatura. Além disso, tratam da não inserção da avaliação em saúde no processo de gestão. Percebemos que essa realidade vem mudando, todavia, ainda repercute mesmo onze anos após a realização desse estudo.

Em outra revisão de literatura que englobou produções científicas brasileiras e internacionais na década de 1990, foram identificados os critérios centrais que orientam os

processos de avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. Desse modo, pode ser apreendido que existia uma preocupação por parte dos gestores dos setores públicos e privados para a realização das avaliações, no entanto, tratava-se de uma participação muito incipiente e nos processos de decisão, não se configurando como uma prática orgânica nos processos de trabalho em saúde. Identificou ainda que a maioria dos estudos é de natureza quantitativa, com ascensão da qualitativa, mas ambas norteadas pela busca da objetividade e da generalização (NOVAES, 2000).

Quanto à operacionalização das avaliações em saúde, encontramos distintas naturezas e abordagens, que via de regra, passeiam entre o método qualitativo, quantitativo e até mesmo uma combinação desses métodos. Nessa perspectiva, pensamentos distintos podem contrastar com o “reconhecimento científico” dos resultados encontrados por cada método. O positivismo científico, por exemplo, preza por uma capacidade de generalização dos resultados, com base em uma validade externa e interna, em que o pesquisador/avaliador deve exteriorizar-se ao fenômeno do estudo, no chamado dualismo sujeito-objeto. Assim, com base nessa filosofia, aquelas pesquisas que se distanciam dessas características possuem reconhecimento contestado.

Em contrapartida, na ontologia construtivista (adotado para esse estudo), se considera a coexistência de múltiplas realidades e todas elas socialmente construídas, na qual o investigador e o investigado se encontram interligados. Considera ainda o positivismo científico como um dos pontos de vista dentre diversas construções existentes, de tal modo que não o coloca como verdade absoluta, mas também não o ignora (GUBA; LINCOLN, 2011). Diante disso apresentamos a visão de alguns autores acerca da temática avaliação.

Segundo Deslandes (1997), o paradigma positivista fora hegemônico, até o ponto em que passou a ser questionado, principalmente pelo seu caráter de objetividade. Assim, alguns autores consideram importante promover uma articulação entre os enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde, visto a complexidade dos objetos (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005; PEDUZZI, 2000). Essa lógica se desenvolve por conta que o objeto da avaliação é reconhecido como não linear, mas sim múltiplo e sintético, não podendo, desse modo, ser contemplado com apenas uma dessas duas naturezas de estudo (PEDUZZI, 2000).

Para Peduzzi (2000) é preciso estabelecer um equilíbrio entre a ‘especificidade do caso’ e a ‘generalidade da norma’, assim, propõe uma integração do enfoque quantitativo e qualitativo na avaliação em saúde, ao considerar que desse modo é possível estabelecer as práticas de saúde como trabalho reflexivo em serviços. Nesse sentido, busca o reconhecimento, respeito e preservação da singularidade das necessidades dos sujeitos, ao passo que almeja aplicar regras, conhecimentos e valores gerais. Desse modo, considera que é possível identificar e explicar as

relações entre os objetivos e os resultados alcançados, quanto compreender em profundidade seus significados e sentidos.

Nessa perspectiva podemos citar a avaliação por triangulação de métodos na abordagem de programas sociais como uma das vertentes de articulação da natureza quantitativa e qualitativa. Esse método pode ser compreendido como a expressão de uma dinâmica de investigação e de trabalho integrativo da análise de estrutura, dos processos e dos resultados. Assim, a triangulação surge como um dispositivo de diálogo entre distintas áreas de conhecimento, com potencial de integração entre teoria e prática sob múltiplos pontos de vista (MINAYO; ASSIS; SOUZA, 2005).

Esse método propõe contemplar tanto a representatividade e a diversidade de posições dos atores envolvidos, quanto a ideia de magnitude, cobertura e eficiência oriundas do método quantitativo. Todavia, alertamos para a necessidade de maior aprofundamento no campo da qualidade dos programas e serviços, tendo em vista que essa é uma perspectiva de avaliação em saúde pouco explorada.

Com influência das representações sociais em saúde e da antropologia médica, Deslandes (1997) compreende que não se pode realizar uma avaliação em saúde sem considerar aspectos culturais, econômicos e sociais, sendo esses compreendidos diferentemente pelos diversos sujeitos integrantes. Desse modo, a autora destaca que a análise de uma ação institucional não pode ocorrer antes de uma compreensão prévia das contradições presentes, o que ressalta influências da filosofia dialética em suas construções. Tendo por base isso, a autora postula acerca de um método de avaliação em saúde, especificamente uma análise dialética das organizações.

Desse modo, a autora destaca três etapas desse método: (i) a primeira se caracteriza por uma descrição detalhada do conjunto de informações empíricas, que envolvem a atuação e algumas das contradições vivenciadas; (ii) na segunda se busca compreender as relações referentes à estrutura do serviço, que é entendida como resultante das contradições/ações de diversos atores sociais e historicamente condicionada, extrapolando a ideia de estrutura física; (iii) por fim, busca aprofundar as principais contradições relativas à atuação.

Com base nessas etapas, foram sintetizadas outras cinco fases mais esquemáticas. Inicialmente dar-se-á atenção ao conhecimento aprofundado da atuação que se pretende analisar, de forma eminentemente descritiva. Após isso, deve ser realizada uma análise comparativa entre o projeto institucional do serviço ou ação avaliada com relação ao quadro mais amplo que o justifique ou o contextualize, em geral alguma política pública. Subsequente deve ocorrer o conhecimento empírico da atuação que se avalia, essa ocorre principalmente por

meio da observação. A próxima se coloca enquanto desdobramento da fase anterior, em que será feita uma análise das representações sociais dos atores sociais, em que se busca compreender as opiniões e visões de mundo. Por fim, seguirá a análise propriamente dita, com a confecção do relatório/diagnóstico, visando propor ações técnicas e políticas, com posterior compartilhamento com os participantes da avaliação (DESLANDES, 1997).

Outro teórico que propõe método de análise é Donabedian (1990), ancorado na perspectiva de avaliação da qualidade dos serviços da atenção médica, propunha elementos como a eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Esses se encontram contidos em elementos constitutivos norteadores, que são a estrutura, processo e resultados, considerados uma tríade componente da Teoria Geral dos Sistemas. Nessa perspectiva de análise, a estrutura são recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários para a atuação; o processo envolve as ações desenvolvidas, que envolve trabalhadores em saúde e pacientes; e o resultado são os fins, ou seja, o produto final da assistência, seja ele satisfação de padrões e expectativas.

A partir de uma análise histórica a respeito dos principais elementos referente às pesquisas em avaliação, Guba e Lincoln (2011) identificaram quatro gerações dentre as diversas formas de avaliação. Vale destacar, que com o desenvolvimento das outras gerações não implica no desuso das demais, significa sim o acúmulo e o aprimoramento do conhecimento a partir de construções mais complexas (MIELKE, 2009). Nesse sentido, realizaremos uma pequena digressão a respeito de cada uma dessas gerações no sentido de contextualizar a proposta de Guba e Lincoln (2011), que servirá como base para esse estudo.

A primeira geração envolve a ‘mensuração’, que surge eminentemente com a ideia de avaliar se os alunos “dominam” os conteúdos. Nessa perspectiva, o papel do avaliador é essencialmente técnico, o qual deve conhecer o arsenal de instrumentos disponível para que insira as variáveis pertinentes àquilo que era considerado verdade. Desse modo, avaliar era sinônimo de mensurar. Vale ressaltar, que essa forma de avaliação ainda é amplamente utilizada na admissão em diversos cargos e vagas com provas ditas objetivas.

A segunda geração emerge após a Primeira Guerra Mundial, com intuito de corrigir uma das problemáticas da geração anterior – a escolha dos objetos. Nessa perspectiva, o alvo passou a ser os currículos escolares e não mais o conhecimento apreendido pelos estudantes. Assim, essa geração é caracterizada pela ‘descrição’, visto que tinha como intento descrever os programas educacionais na busca pelos seus objetivos.

A terceira geração se caracteriza pelo ‘juízo de valor’, que complementa as funções técnicas e descritivas utilizadas nas gerações anteriores. Assim, o avaliador passa a ter um papel

de julgador. Para isso, passou a ser necessário considerar os objetivos como algo problemático, visto que tanto os objetivos, quanto o desempenho, deveriam ser submetidos ao “julgamento” /avaliação. Desse modo, se manteve as características anteriores ao seu surgimento, além da inserção do juiz.

Guba e Lincoln (2011) reconhecem os avanços e as necessidades das construções das três primeiras gerações, todavia, apresentam três limitações referentes à tendência à generalização. Uma delas trata do gestor/administrador que em geral contratava a avaliação, que muitas vezes induzia o avaliador a firmar algum acordo de avaliação, ao qual se submete a parâmetros e delimitações pré-estabelecidas. A segunda ainda refere a relações entre o administrador e o avaliador, que é dita enfraquecedora (com potencial de redução de poder) e injusta, visto que o primeiro tinha poder dominante de moldar a avaliação. Por fim, alerta para a privação de direitos, na qual o administrador conserva o direito de determinar se os resultados devem ser divulgados e para quem.

Podemos considerar que as críticas supracitadas estão em parte superadas, visto que os pesquisadores/avaliadores possuem relativa autonomia para desenvolver o seu trabalho. Todavia, os autores elencam outras críticas, que permeiam o paradigma científico, na situação em que a dependência ao rigor metodológico positivista se torna exagerado. Assim, advertem acerca da ‘descontextualização’, oriunda da ideia de que os dados precisam ser concretos e generalizáveis, que pressupõem dados quantificáveis, através de instrumentos matemáticos e estatísticos de grande eficácia. Esse paradigma científico acautela determinada verdade sobre as coisas, as quais opções alternativas são consideradas erradas. Isso gera outra limitação, que é a incapacidade de inclusão dos diversos atores e projetos envolvidos com o objeto de estudo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Assim, Guba e Lincoln (2011) propõem um método alternativo, que por natureza se opõe ao paradigma do positivismo científico, o qual denominou avaliação de quarta geração. Essa tem por características principais o seu caráter construtivista, que reconhece uma multiplicidade de construções dos diversos atores e realidades em sua metodologia de condução; a abordagem responsiva, por envolver grupos de interesse enquanto atores no processo, aos quais o resultado da avaliação implicará diretamente, e a construção das informações empíricas são balizadas pelas preocupações, reivindicações e questões levantadas pelos sujeitos participantes.

Diante das limitações da avaliação ortodoxa, Furtado (2001) reconhece que essa classificação em quatro gerações é meramente didática, visto que existem diversos referenciais e eixos metodológicos de avaliação que coexistem. Todavia, identifica na concepção de

avaliação proposta por Guba e Lincoln potencial relevante no sentido de superar algumas das limitações e impasses existentes. Assim, desenvolvem outra proposta na qual incluem o Método Paidéia, proposto por Campos (2000), o qual segundo ele resulta em uma maior coerência entre avaliação e o sistema de gestão participativa. Essa metodologia foi adotada para construção de sua tese, sob a orientação do postulador do Método Paidéia, Gastão Wagner de Sousa Campos. Vale ressaltar que a avaliação de quarta geração é essencialmente participativa e construtivista, independentemente da inserção do Método Paidéia.

Destacamos que a abordagem participativa de avaliação tem como premissa o engajamento de diversos atores no processo; possui um caráter instrumental, por culminar com uma redução de efeitos negativos e uma potencialização dos efeitos positivos a respeito dos grupos implicados (grupos de interesse). Assim, caracteriza-se por um paradigma holístico, indutivo e construtivista, o qual perde a vertente de objetividade e de precisão para melhorar a sua utilidade social. Dessa forma, concordamos com a perspectiva de Furtado (2001) ao tratar que a prática da pesquisa avaliativa envolve quatro necessidades: (i) a inclusão de diferentes pontos de vista no processo; (ii) viabilizar e ampliar a utilização dos resultados da avaliação; (iii) considerar sempre o caráter político da pesquisa, sendo ela avaliativa ou não; e (iv) promover uma formação com os diferentes sujeitos envolvidos com o objeto do estudo.

Alguns estudos que adotaram a avaliação de quarta geração apresentam resultados relevantes, como é o caso das teses de Mielke (2013), Furtado (2001), Kohlraush (2012) e Wetzel (2005), da dissertação de Mielke (2009) e de alguns estudos publicados, como o de Oliveira, Andrade e Goya (2012), Olschowsky et al. (2009) e Mielke e Olschowsky (2010). Todos esses estudos implicam na afirmativa de que se trata de uma metodologia que embora se oponha ontologicamente ao positivismo científico, é reconhecido pelos periódicos, culminando por aceitação no meio científico (mesmo sem a capacidade de generalização dos estudos positivistas), além de apresentar grande potencial de utilização social (pelos resultados contextualizados politicamente). No entanto, evidenciamos que todos os estudos permeiam a área da saúde mental, sendo crucial expandir a profundidade desse método para outras searas, que é o que propomos com esse estudo.

Alertamos para a carência de um maior aprofundamento no campo da 'qualidade' dos programas e serviços, tendo em vista que essa é uma perspectiva de avaliação em saúde pouco explorada. Assim, urge a necessidade de desenvolver estudos com intuito de elucidar aspectos atrelados à singularidade e ao sentido presente no vivido dos diversos atores envolvidos. Na busca de sentido dos fenômenos e no campo da intersubjetividade, a qual emergem compreensões e interpretações compartilhadas, com a vivência do pesquisador circunscrita

nesse processo (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Sabemos que a seleção do tipo de estudo depende dos objetivos da avaliação, portanto, não se pode estigmatizar o melhor desenho a ser reproduzido em qualquer circunstância (SISSON, 2007). Acreditamos que uma avaliação das ações desenvolvidas pelos gestores e trabalhadores em saúde na perspectiva das RASs a partir do aporte metodológico da avaliação de quarta geração nos permitirá uma maior profundidade nas entrelinhas da subjetividade relativas aos conflitos e contradições presentes nas práticas dos serviços. Por meio disso, poderemos construir coletivamente possibilidades de transformação das práticas em um processo de ressignificação, com base em uma avaliação formativa e responsiva.

#### 4.2.1.1 Avaliação de quarta geração

Diante disso, optamos por realizar uma pesquisa qualitativa, avaliativa, na modalidade estudo de caso, em que seguiremos o “modelo” de avaliação preconizado por Guba e Lincoln (2011), especificamente em sua obra traduzida por Beth Honorato, denominada “Avaliação de Quarta Geração” (2011)<sup>7</sup>. Nessa perspectiva, contamos também com algumas adaptações realizadas por Wetzel (2005) a esse método. As aspas do termo “modelo” se referem ao seu caráter construtivista, que contrasta com seu sentido denotativo de “aquilo que serve para ser reproduzido”. Com essa compreensão, essa pesquisa emerge a partir do diálogo e da não hierarquização entre os atores envolvidos. Assim, tratamos aqui de indicativos de um caminho que foi construído a partir do arquiteto coletivo denominados pelos autores de grupos de interesse, os quais discutiremos mais afrente.

Ontologicamente, o referencial adotado para essa avaliação surge no campo da pesquisa qualitativa. Desse modo, vale destacar alguns aspectos para que o estudo não se torne meramente descritivo. Essa opção se deve a intensão de promover um grau de imersão profunda nas entrelinhas da subjetividade presente entre o dito e o não dito pelos atores envolvidos (que inclui o avaliador). Serão consideradas as construções por meio das quais os diversos sentidos são atribuídos. Afinal, por que caminhos percorreram e que fontes beberam os sujeitos do estudo?

Na investigação social, a visão de mundo do sujeito investigador e do investigado estão implicadas em todo o processo de construção do conhecimento, o que torna indispensável considerar esse aspecto, bem como a relação entre esses sujeitos. Por meio do método

---

<sup>7</sup> Esse texto é uma reedição das ideias postuladas nas obras *Effective Evaluation* (1981) e *Naturalistic Inquiry* (1985).

qualitativo, poderemos estudar as relações, representações, crenças, percepções e opiniões, todas essas influenciadas pelas interpretações realizadas a partir da realidade singular vivenciada por cada sujeito, permitindo adentrar no que eles sentem e pensam (MINAYO, 2008). As limitações desse método permeiam a mensuração de fenômenos em grandes grupos (VÍCTORIA; KNAUTH; HASSEN, 2000), todavia, esse não é um interesse desse estudo.

Em relação à modalidade estudo de caso, essa é utilizada principalmente nas áreas de administração e de avaliação social. Conseqüentemente suas aplicações condizem com a proposta de avaliar as ações da ESF em sua função de gestora das RASs, na medida em que se busca compreender o impacto de determinadas políticas na realidade concreta; descrever o contexto no qual a vivência ocorre; avaliar processos e resultados de propostos políticos; além de explorar situações em intervenções determinadas que não trouxeram resultado previsto (MINAYO, 2008).

Trata-se de uma metodologia “radicalmente distinta” do positivismo científico, justamente porque esse tem como características um afastamento da realidade, que por vezes é moral e eticamente injusto e equivocado, além de politicamente ingênuo e conceitualmente limitado (GUBA; LINCOLN, 2011). Ao tratar do positivismo sociológico, Minayo (2008) destaca que os métodos e técnicas decorrentes dessa corrente filosófica com finalidade de conhecer uma sociedade ou determinado segmento dela, derivam de um conhecimento objetivo, neutro, livre de juízo de valor e implicações político-sociais, tendo a mesma natureza que aqueles empregados nas ciências naturais.

A proposta desse estudo foi o desenvolvimento de uma avaliação a partir de uma metodologia alternativa às avaliações tradicionais, que em geral visam à mensuração, a descrição e o juízo de valor. Nessa perspectiva, o positivismo é aceito como uma dentre as várias construções possíveis, visto que na Avaliação de Quarta Geração não existem (in) verdades absolutas e a realidade objetiva. Assim, acreditamos que em uma proposta participativa não surgirá construção melhor nem mais verdadeira, mas de certa forma mais condizente com a realidade singular do contexto específico da ESF em que pesquisaremos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Nessa metodologia destacamos cinco elementos. Primeiro diz respeito ao ponto de vista de que os resultados da avaliação não são fatos ou verdades, mas sim sentidos atribuídos a diversas realidades a partir de um constructo interativo que inclui o avaliador, bem como os *stakeholders* (grupos de interesse). O segundo reconhece as construções por meio da qual os sujeitos atribuem sentido, sendo esses moldados pelos seus valores. O terceiro considera que essas construções estão intrinsecamente imbricadas ao contexto físico, psicológico, social e

cultural específico nos quais os participantes são formados e aos quais eles se referem. O quarto diz respeito às relações de poder, de maneira que se reconhece que as avaliações podem ser moldadas de várias maneiras para que os grupos de interesse possam conquistar ou perder determinados direitos, isso envolve uma maior implicação desses sujeitos (enfoque responsivo). Por fim, a avaliação permite centrar em determinada ação passível de transformação, que culmina com a possibilidade de desenvolvimento de uma linha de ação a qual conte com um consenso dos grupos de interesse (GUBA; LINCOLN, 2011).

Diante das crenças construtivistas, existem múltiplas realidades socialmente construídas, em que a “verdade” é definida como as construções mais fundamentadas e mais esclarecidas sobre as quais exista consenso, além disso, considera ainda que o investigador e o investigado estão entrelaçados. Desse modo, opõe-se ao positivismo científico que sua ontologia sustenta, para qual a existência de uma realidade única é independente do interesse de qualquer observador e é governada por leis naturais imutáveis, além de acreditarem em um observador exterior ao fenômeno estudado (GUBA; LINCOLN, 2011).

O paradigma construtivista ressignifica a abordagem científica que caracteriza a ciência hegemônica e a substitui por um processo hermenêutico-dialético. Nessa concepção, a verdade, as causas, os efeitos e o fenômeno só podem ser entendidos dentro do contexto estudado, que não pode ser generalizado para outras realidades. Além disso, avaliadores e avaliados se colocam em uma relação intersubjetiva na qual sua função não se resume, respectivamente, a coletar e disponibilizar informações. Nesse sentido, tratamos de construção participativa e responsiva, em direção ao consenso.

A proposta de avaliação participativa envolve várias características, além de uma postura diferenciada por parte do avaliador. A priori, partimos do pressuposto de que as realidades não estão objetivamente postas, mas sim construídas por pessoas que, por sua vez, são influenciados por fatores sociais e culturais inerentes a construção compartilhada a ser gerada. Essa perspectiva envolve, tanto na construção quanto na análise das informações, “dar voz” aos sujeitos (GUBA; LINCOLN, 2011).

Desse modo, buscamos uma metodologia qualitativa avaliativa em que os sujeitos não se coloquem apenas na posição de expectadores de conceitos não construídos e apropriados coletivamente, ao passo que esses avançam para um papel de participantes construtores, em um processo formativo potencialmente transformador da realidade (WETZEL, 2005). Diante disso, optamos por realizar a Avaliação de Quarta Geração, que tem por base o enfoque responsivo, o referencial construtivista e o processo hermenêutico-dialético.

Por conta do processo participativo atribuído a esse projeto, alguns elementos semânticos tradicionalmente adotados foram reformulados, assim, reconstruímos o termo ‘coleta’, que passa a ser denominado ‘construção’, visto que os participantes não desempenharão um papel apenas de espectador e de disponibilização do empírico; e o mesmo ocorre em relação aos ‘dados’, os quais serão tratados como ‘informações’, visto que não são quantificáveis.

Tratamos os participantes como ‘sujeitos’ e não como ‘amostra’, visto a concepção de que esse possui consciência e experiências únicas, com base na concepção construtivista piagetiana de que o sujeito é constituído a partir de sua interação com o mundo, ao passo que também o constitui. Adotamos o termo ‘discurso’ ao invés de ‘fala’, a partir da concepção focaultiana que esses vão além de um conjunto de sentidos e significados atribuídos a determinado conteúdo, estando presentes conteúdos e representações obscuras, a partir de construções vivenciadas.

#### **4.2.2 Desenvolvendo o trabalho de campo**

Para Guba e Lincoln (2011) são necessários 12 passos para aplicação prática dessa metodologia de investigação, sendo: (i) o estabelecimento do contrato, (ii) organizar a avaliação, (iii) identificar os grupos de interesse, (iv) gerar construções conjuntas dentro do grupo, (v) ampliar construções conjuntas dos interessados por meio de novas informações/maior nível de esclarecimento, (vi) selecionar reivindicações, perguntas e questões resolvidas, (vii) priorizar as reivindicações, perguntas e questões não resolvidas, (viii) coletar informações/aumentar o nível de esclarecimento, (ix) preparar agenda de negociação, (x) conduzir negociação, (xi) divulgar os resultados e (xii) reciclar.

Diante desses passos, adotamos a adaptação realizada por Wetzel (2005), o qual conta com as seguintes etapas: contato com o campo, organização e condução da avaliação, identificação dos grupos de interesse, desenvolvimento construções conjuntas, ampliação das construções conjuntas, preparação da agenda para negociação e execução da negociação.

##### **4.2.2.1 Contato com o campo**

O estudo foi realizado em Fortaleza/CE. A região metropolitana dessa cidade se enquadra como uma metrópole nacional, juntamente com as de Belo Horizonte, Porto Alegre, Recife, Salvador, Curitiba e a Região Integrada de Desenvolvimento do Distrito Federal e

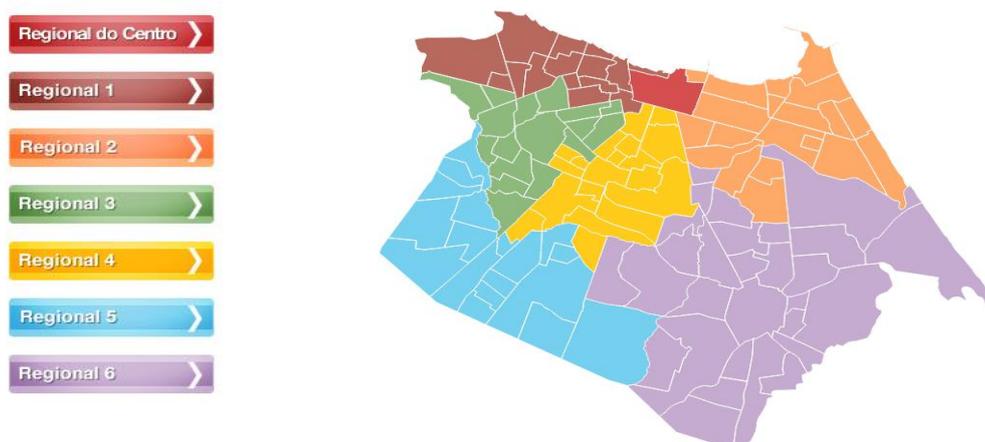
Entorno (RIDE) de Brasília. Vale ressaltar que as metrópoles consideradas “globais” são a região metropolitana Rio de Janeiro e São Paulo; e as consideradas “regionais” são a região metropolitana de Belém, Campinas e Goiânia. Essa categorização foi realizada por lei federal (MOURA et al., 2003).

Conforme já referido na delimitação do objeto desse estudo, os grandes centros urbanos possuem diversas barreiras na operacionalização da ESF, dentre as quais evidenciamos a baixa cobertura da ESF. Nesse sentido, é importante identificar que estratégias vêm sendo adotadas/criadas pelos trabalhadores em saúde e gestores para lidar com essa questão.

A população de Fortaleza foi estimada em 1º de julho de 2014 em 2.571.896, com área da unidade territorial de 214,930 e densidade demográfica de 7.786,44 hab/km<sup>2</sup> (IBGE, 2014). Em relação ao setor saúde, estado do Ceará encontra-se dividido administrativamente em 22 regiões para organização da atenção secundária de saúde e em cinco macrorregiões para a atenção terciária, enquanto a APS é de responsabilidade de cada município. Nesse sentido, Fortaleza possui destaque por englobar os três níveis de atenção em seu território geográfico.

Atualmente, para efeito administrativo, a cidade encontra-se dividida em sete Secretarias Regionais, como mostra a figura 2 a seguir e conta com 92 UAPS. Vale ressaltar que a sétima regional (regional Centro) foi criada para administrar as peculiaridades existentes na região central da cidade. A figura abaixo apresenta essa divisão administrativa de Fortaleza.

Figura 2 - Secretarias Regionais de Fortaleza, Ceará, Brasil



Fonte: FORTALEZA, 2015a.

Com base no referencial teórico da avaliação de quarta geração, que é do tipo estudo de caso, é necessário delimitarmos um contexto específico para a realização da avaliação. Nesse

sentido, o primeiro passo foi a definição de qual será a Secretaria Regional, e subsequentemente a escolha de uma UAPS. Para escolha o campo de estudo, seguimos os seguintes critérios:

- A Secretaria Regional foi escolhida a partir de uma compreensão sobre a responsabilidade ética e política da Universidade em relação à comunidade circunvizinha, tendo em vista que a UECE faz parte da Secretaria Regional IV, e possui relevante papel social frente a comunidade local, acreditamos que esse estudo pode trazer contribuição importante para essas pessoas; e

- Para escolha da UAPS, optamos pelo Luis Albuquerque Mendes, primeiro por ser uma UAPS “laboratório” e segundo por ser aquela em que já existia uma vinculação prévia entre o pesquisador e os sujeitos do campo de estudo. Nessa modalidade de pesquisa, a relação dialógica é importante na medida em que o avaliador não pode ser confundido com um fiscalizador. Isso porque os sujeitos precisam se sentir seguros para expor suas reivindicações, preocupações e questões. Essa relação de confiança foi, de fato, crucial na construção das informações empíricas, em que o vínculo prévio foi um diferencial positivo. A afetividade se fez presente durante os pouco mais de dois meses de observação participante, com visitas quase que diárias ao cenário de estudo. A aceitação do pesquisador por parte dos sujeitos é algo realmente necessário nesse tipo de estudo. Há evidências de outros estudos que para esse tipo de pesquisa o vínculo prévio é algo relevante (MIELKE, 2009).

Na tabela abaixo, podemos observar uma caracterização sobre as Secretaria Regional a partir da quantidade de bairros, de habitantes e renda média. Em relação à renda, podemos observar que Fortaleza tem fragilidades quanto à renda média da população. Sobre esses indicadores, na época da realização do censo a Secretaria Regional IV possuía menor quantidade de habitantes e apesar de estar classificada como a segunda melhor média de renda entre as seis regionais, o valor era em torno de apenas R\$ 845,2.

Tabela 2 - Distribuição da Renda e da População por Secretaria Regional de Fortaleza, Ceará, 2008.

SER	Número de Bairros	População	%	Renda Média	Ranking
I	15	363912	14.8	587.7	5
II	21	363406	14.8	1850.1	1
III	16	360551	14.7	658.0	4
<b>IV</b>	<b>20</b>	<b>281645</b>	<b>11.5</b>	<b>845.2</b>	<b>2</b>
V	18	541511	22.1	471.7	6
VI	29	541160	22.1	715.4	3

Fonte: Censo Demográfico 2010 do IBGE. Elaboração IPECE (CAVALCANTE et al., 2012).

A Secretaria Regional IV foi inaugurada em 25 de abril de 1997. Com área territorial de 34.272 km<sup>2</sup>, a Regional IV abrange atualmente 19 bairros. São bairros desta área: São José Bonifácio, Benfica, Fátima, Jardim América, Damas, Parreão, Bom Futuro, Vila União, Montese, Couto Fernandes, Pan Americano, Demócrito Rocha, Itaoca, Parangaba, Serrinha, Aeroporto, Itapery, Dendê e Vila Pery. Dentre eles, temos o bairro Parangaba e o Dendê como o mais e o menos populoso, respectivamente (FORTALEZA, 2015a).

A rede de saúde dessa regional é composta por 12 UAPS, além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança Lúcia de Fátima Rodrigues Guimarães Sá. A Regional possui ainda o hospital Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês (FORTALEZA, 2015a).

A UAPS Luis Albuquerque Mendes, opção desse estudo, foi detalhada no próximo capítulo, intitulado “*Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Albuquerque Mendes*”, em que expomos sua caracterização a partir da vivência de observação participante. Conforme já mencionado, já havia sido realizada uma vivência minha durante dois anos (2010-2012) nessa UAPS, por meio do PET-Saúde. Portanto, já havia um contato prévio com muitos dos profissionais que ali se encontravam, o que facilitou significativamente essa fase de contato com o campo. Entretanto, antes de realizar esse diálogo para fins de realização da presente pesquisa, contamos com a aprovação/consentimento de todas as instituições envolvidas<sup>8</sup> - prefeitura e comitê de ética em pesquisa.

No dia 21 de janeiro de 2015 realizamos o primeiro contato com a UAPS Luis Albuquerque Mendes, o qual em diálogo com a coordenadora, que foi favorável a realização da pesquisa.

#### 4.2.2.2 Organização e condução da avaliação

Nessa etapa, foi feita uma aproximação com os trabalhadores, com vistas a “ganhar o direito de entrada”, na qual se preza pelo estabelecimento de relações de confiança. Para isso e conforme já mencionado, as relações afetuosas construídas previamente foram importantes – durante minha vivência no PET-Saúde. Essa construção de vínculo foi crucial, por exemplo, durante a observação participante, em que a presença constante do pesquisador interfere na rotina de trabalho. Na medida em que esse é visto como um fiscal, caso não seja compreendido, os objetivos da avaliação ficam comprometidos.

---

<sup>8</sup> Informação detalhada na subseção 4.2.4 Aspectos Éticos.

Uma das dificuldades enfrentadas no que se refere a conquista do direito de entrada, foi a ausência das reuniões da unidade de saúde. Nesse sentido, o interesse em apresentar o projeto e reconstruí-lo a partir da participação dos sujeitos foi parcialmente frustrado. A partir desse cenário não favorável, consultamos individualmente muitos dos trabalhadores, em que apresentamos a pesquisa e o que estávamos a fazer. Os trabalhadores demonstraram entusiasmo e concordaram com a realização do estudo. Podemos afirmar o mesmo com relação aos gestores. Vale ressaltar que o consentimento da construção desse tipo de pesquisa não se resume a emissão de um comunicado ou ofício da gestão, mas trata-se de um trabalho eminentemente atrelado a micropolítica das relações e a implicação (ou não) dos sujeitos pelo objeto em estudo.

Outro aspecto importante nessa etapa da pesquisa é a chamada etnografia prévia (prior ethnography) (GUBA; LINCOLN, 2011). Nessa tarefa, iniciamos as atividades de observação participante, na qual foi desenvolvida uma descrição minuciosa a respeito do cenário do estudo, além de conversar com as pessoas, na busca de identificar lideranças e se inserir na rotina dos profissionais. Essa caracterização foi exposta na sessão “Unidade de Atenção Primária à Saúde Luis Albuquerque Mendes”.

#### 4.2.2.3 Identificação dos grupos de interesse

Ressaltamos o enfoque responsivo na perspectiva dos grupos de interesse, visto que o fruto da avaliação se coloca diretamente ligado ao interesse dos participantes, podendo inferir em ampliação, legitimação ou até mesmo redução de poder. Assim, esses sujeitos correm risco, estão suscetíveis a explorações, à privação de poder e de direitos a partir dos possíveis frutos dessa avaliação. Assim, Guba e Lincoln (2011) destacam três grupos de interesse:

- Os representantes (ou agentes) – que são aqueles responsáveis pela produção, utilização e implementação do objeto de avaliação;
- Os beneficiários – os que de certo modo tiram proveito do uso do objeto de avaliação;
- As vítimas – as pessoas afetadas negativamente pelo objeto de avaliação.

Diante da complexidade do objeto em questão – avaliação da interface da ESF com as RAS, no contexto de um grande centro urbano – representantes, beneficiários e vítimas se confundem, podendo os trabalhadores e os usuários, por exemplo, serem vítimas e beneficiários do objeto de estudo. Além disso, destacamos, assim como outros autores (KOHLRAUSCH, 2012; MIELKE, 2009; 2013; WETZEL, 2005) que é impossível contemplar todos os grupos de interesse. Inicialmente, pensamos na inserção de quatro grupos de interesse: Gestores,

trabalhadores em saúde, usuários e familiares. Todavia, percebemos que a priori seria infactível inserir todos esses grupos.

Para escolha dos grupos a serem inseridos, Guba e Lincoln (2011) sugerem o 'interesse relativo' (relativestake), que inclui o público que possui maior interesse na avaliação, nesse sentido, nos deparamos com o seguinte questionamento: Quem pode definir aqueles sujeitos que possuem mais interesse na avaliação? Tendo essa questão posta, e junto a ela a incapacidade em responde-la, optamos por outro critério de escolha, sendo elencados aqueles grupos que lidassem diariamente com a articulação das redes de atenção e com a maior quantidade delas. A partir desses critérios, evidenciamos os gestores e os trabalhadores em saúde enquanto grupos de interesse a serem trabalhados nessa pesquisa.

No grupo de interesse dos trabalhadores em saúde, foram considerados “elegíveis” todos aqueles que atuam naquele contexto específico; e quanto ao grupo de interesse dos gestores, todos aqueles que convivem em sua rotina diretamente na perspectiva da gestão, que nos permite incluir coordenador da UAPS, tutor regional<sup>9</sup>, os supervisores da Cédula de Atenção Primária à Saúde, membros da Secretaria Regional IV, da SMS e a equipe de Consultores<sup>10</sup>.

Dada essa escolha, se fez necessário estabelecer alguns critérios para resultar em quais gestores e quais trabalhadores em saúde, incluir. Assim, para que o processo hermenêutico-dialético seja proveitoso, tomamos por base enquanto critério de inclusão para ambos, as seis condições mínimas elencadas por Guba e Lincoln (2011):

- O compromisso de assumir uma postura de integridade;
- Competência mínima de comunicação;
- Disposição de compartilhar poder;
- Disposição de mudar, se considerarem a negociação convincente;
- Disposição de reconsiderar suas posturas valorativas de forma apropriada;
- Disposição de comprometer-se com o tempo e a energia que provavelmente serão exigidas pelo processo.

Além desses, seguiremos alguns critérios mais específicos ao contexto desse estudo:

- Atuação há no mínimo um ano na função de trabalhador em saúde ou de gestor;
- Desenvolver ações na perspectiva de articulação das RASs.

---

<sup>9</sup> O Tutor Regional é o técnico das Coordenadorias Regionais que busca acompanhar e alinhar conceitualmente os profissionais das unidades de saúde. Esses profissionais visitam semanalmente as unidades de saúde, trabalham exclusivamente nessa função e contemplam entre seis e dez unidades de saúde.

<sup>10</sup> Os supervisores da Cédula de Atenção Primária à Saúde e a equipe de Consultores, acompanham sistematicamente os Tutores Regionais.

Para o construtivismo, Guba e Lincoln (2011) consideram mais adequada a “amostragem de variação máxima”, por oferecer o escopo mais amplo de informações. Essa amostragem subdivide-se em sua primeira fase como *serialmente*, na qual nenhum elemento dos participantes é escolhido antes de ampla coleta de informações e subsequente a amostra é selecionada *contigentemente*, que envolve a seleção do elemento subsequente como mais diferente possível dos elementos precedentes, além do fato dessa escolha ser de acordo com as necessidades da investigação naquele momento.

Diante disso, os critérios elencados acima serviram para a escolha do primeiro sujeito, ao qual solicitaremos que escolha o próximo respondente, que deve também contemplar os critérios de inclusão e que possua preferencialmente concepções diferentes da sua, no sentido de ampliar as construções da avaliação. Vale ressaltar, que diferente do positivismo científico, essa abordagem não visa um grupo representativo no sentido de generalizar seus resultados.

Embora não seja assim denominada na Avaliação de Quarta Geração, essa técnica em que cada entrevistado indica o próximo é denominada *snowball sampling* ou “Bola de Neve”. De acordo com Albuquerque (2009), a partir da leitura de Goodman (1961), por meio dessa técnica, é possível identificar a cadeia de referência inerente a redes sociais complexas na qual o sujeito está inserido, podendo se aproximar de situações sociais específicas, que condiz com a proposta desse projeto.

Por fim, no sentido de garantir a confidencialidade e a privacidade dos sujeitos, respeitando os princípios éticos, nos permitimos expor características gerais desses dois grupos, mas não as individuais, visto que se assim fizéssemos, alguns deles estariam passíveis de identificação.

O grupo de interesse dos gestores foi composto por cinco sujeitos, todos do sexo feminino. Possuíam média de idade de 45 anos, formação inicial em Enfermagem, Serviço Social e/ou Odontologia e tempo médio de atuação na ESF (mas não necessariamente na gestão) de 14,8 anos. Atuavam como coordenador de UAPS, membro da Secretaria Regional IV e da SMS. Já o grupo de interesse dos trabalhadores em saúde contou com nove sujeitos, dos quais quatro são do sexo masculino e cinco do sexo feminino. Possuíam média de idade de 46,6 anos, exercem a profissão de auxiliar de saúde bucal, ACS, medicina, odontologia e enfermagem e tempo médio de atuação na ESF de 14,9 anos.

#### 4.2.2.4 Desenvolvimento das construções conjuntas

Para a construção das informações, tivemos por base o ciclo hermenêutico-dialético, descrito anteriormente, que foi desenvolvido com informações construídas a partir de duas técnicas: a observação participante e a entrevista semiestruturada.

A observação participante é uma técnica de construção das informações em que o pesquisador/observador se coloca numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica, sendo considerada essencial no trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2008). Essa observação nos possibilitou apreender elementos obscuros, aqueles que não podendo ser identificáveis por meio da fala ou da escrita. Assim, nos permitimos imergir no contexto do objeto de estudo.

A opção pela modalidade participante foi tomada devido a necessidade em desenvolver relações de confiança com os sujeitos que vão além das pesquisas tradicionais, isso porque estes serão convidados a levantar questões, perguntas e reivindicações de seu interesse, além de reafirmar ou discordar temáticas evidenciadas pelos demais trabalhadores/gestores. Desse modo, uma dualidade se encontra inerente à observação participante, na qual o pesquisador se coloca distante e próximo do objeto de observação, sendo necessário compreender os efeitos da presença desse ator na própria observação (MINAYO, 2008).

Nesse contexto, a observação participante possui o potencial de contemplar elementos que não se evidenciam por meio da fala. Para apreensão dessas informações, utilizamos o instrumento denominado diário de campo. Assim, foi realizado o registro pela data e turno, de maneira a facilitar a análise por parte dos participantes da pesquisa e do avaliador. As informações emergentes dessa técnica possuem também esses elementos nos resultados (data e turno)

O diário de campo é um caderno de anotações em que foram registradas as informações que não podem ser apreendidas por meio das entrevistas, dentre elas tivemos impressões pessoais, resultados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com a fala entre outros. Pode ser categorizada ainda como sistemática, pois tivemos um roteiro de observação como norteador (APÊNDICE A) (MINAYO, 2008). Minayo (2008), ao citar Malinowsky, elenca a realidade social em três níveis: verbalizações, comportamentos e estruturas; todavia, essa estratificação deve culminar com um “arcabouço da constituição” da sociedade analisada, sendo coerente para efeito de estudos.

Desse modo, foram realizadas 80 horas de observação participante, entre 21 de janeiro de 2015 e 27 de março de 2015, em que ocorreram 28 visitas, que duraram em média 2h48min (variando de uma a 7 horas por cada dia). As observações ocorreram em turnos, dias e horários aleatórios, que não eram avisados previamente, pelo objetivo de que não ocorressem mudanças

significativas no cenário a partir da presença do pesquisador. Para melhor entendimento do contexto em que ocorreu, essas informações são expostas nos resultados com uso do termo “Observação”, precedido da data e do turno em que ocorreu. Exemplo: (Observação, 18/02/2015 manhã)

Do ponto de vista metodológico, dentre outras classificações e pensando em dois extremos, a entrevista pode se categorizada em um deles como não estruturada, aberta, em profundidade ou não diretiva, na qual o entrevistador se liberta da ordem rígida dos assuntos a serem tratados, seguindo um roteiro invisível o qual não possui caráter de cerceamento da fala dos entrevistados; e no outro extremo em entrevista fechada ou questionário, que possui foco na compreensão da intensidade vivencial dos fatos e das relações humanas, com caráter fechado, com questões todas previamente definidas (MINAYO, 2008).

Na perspectiva desse estudo, em virtude do uso do círculo hermenêutico-dialético, os primeiros entrevistados comentaram um roteiro menos estruturado, em que foi permitido aos sujeitos relatarem suas próprias questões. A partir daí, foram sendo incorporados outros pontos nas entrevistas subsequentes, com a inclusão de temáticas inseridas pelos primeiros sujeitos. Assim, as entrevistas seguem em um processo de estruturação, até ganhar forma a partir daquilo que os interlocutores consideram mais significativo dentre suas vivências (APÊNDICE B; C). Nesse sentido, as categorizamos didaticamente essas entrevistas como semiestruturadas.

As entrevistas foram elementares para a construção do círculo hermenêutico-dialético. De acordo com Guba e Lincoln (2011), o processo hermenêutico-dialético é o mais adequado para contemplar os intentos da Avaliação de Quarta Geração. Em síntese, esse processo é hermenêutico por envolver o caráter interpretativo e é dialético por representar uma comparação e contraposição de pontos de vista divergentes na direção de obter uma síntese mais elaborada. Assim, há uma busca pelo consenso sempre que possível, e quando não o for, permite o esclarecimento de pontos de vista diferentes e a criação de uma nova agenda de negociações. A seguir, apresentamos um gráfico e descrevemos como ocorreu efetivamente a construção das informações empíricas.

Figura 3 – Círculo Hermenêutico Dialético



Fonte: Guba e Lincoln (2011, p. 169)

Iniciamos esse processo com a entrevista do primeiro sujeito, aqui denominado respondente 1 (R1), que foi escolhido de acordo com sua função estratégica no desenvolvimento das redes de atenção à saúde no contexto da ESF (objeto de estudo). Essa identificação foi realizada durante a observação participante. Nessa abordagem, o R1 foi convidado a comentar a seguinte temática inicial - Fale sobre a Estratégia Saúde da Família e sua função nas Redes de Atenção à Saúde no contexto de sua unidade de saúde<sup>11</sup>. Após a entrevista, foi realizada imediatamente uma sistematização, de maneira a fazer com que as informações empíricas estivessem disponíveis na forma de temas, para os demais sujeitos, de maneira que as construções passaram a ser repensadas (APÊNDICE B; C).

Subsequente a essa primeira sistematização<sup>12</sup>, R1 indicou o R2, que tinha como requisito estar de acordo aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa, além de possuir preferencialmente concepções diferentes da sua, de modo a ampliar as construções. A partir daí o R2 foi convidado a comentar a temática inicial, bem como as temáticas emergentes a partir da primeira construção (C1) emergente da primeira sistematização do discurso do R1.

Nesse sentido, a partir do círculo hermenêutico dialético, a entrevista que se inicia mais aberta (com os respondentes iniciais), seguiu ganhando forma para os demais respondentes, e as formulações subsequentes emergiram com informações mais elaboradas, visto que incluiu

<sup>11</sup> Para o grupo de interesse dos gestores, “unidade de saúde” foi substituído por “contexto de atuação”.

<sup>12</sup> Esse processo foi descrito na subseção 4.2.3 *Plano de análise*.

temáticas dos respondentes anteriores. Desse modo foi feito até o último entrevistado. Em síntese, a esse percurso seguiu o quadro abaixo e o produto final consta nos apêndices (APÊNDICE B; C):

Quadro 2 – Demonstrativo de quadro para construção das informações empíricas

Sujeito 1	Sujeito 2	(...)	Sujeito N
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temática Inicial.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temática Inicial;</li> <li>• Temáticas emergentes da Construção 1 (C1).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temática Inicial;</li> <li>• Temáticas emergentes de todas as construções anteriores.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Temática Inicial;</li> <li>• Temáticas emergentes de todas as construções anteriores.</li> </ul>

Fonte: Próprio autor.

Esse processo foi marcado pelo caráter formativo, tendo em vista que os participantes foram convidados a qualificação das informações dos respondentes anteriores e assim, provocados a um processo de empoderamento (*empowerment*). Diante disso, o círculo permite a reconstrução das informações por parte dos sujeitos, sendo possível a realização de uma segunda rodada de entrevista desde que se considere pertinente, assim, o círculo toma forma de espiral. Todavia, com base na adaptação realizada por Wetzel (2005) realizaremos processo de negociação em prática grupal, por grupo de interesse.

Desse modo, foram entrevistados cinco gestores, em que obtivemos duração total de 135 minutos, e nove trabalhadores em saúde, com duração total de 120 minutos de áudio. Essas entrevistas ocorreram entre 11 de fevereiro de 2015 e 18 de março de 2015. Após a entrevista o material foi transcrito para análise subsequente e foi apresentado para apreciação dos sujeitos no encontro de negociação, o qual proporcionou novos elementos para análise.

Para melhor entendimento do contexto em que ocorreu, essas informações são expostas nos resultados com uso do termo “Gestor”, quando se trata de um dos gestores e “Trabalhador” quando se trata de um dos trabalhadores em saúde; precedido o número correspondente a sequência em que foi entrevistado. Exemplo: (Trabalhador 1), ou (Gestor 1).

#### 4.2.2.5 Ampliação das construções conjuntas

A ampliação consiste na possibilidade de percorrer novamente o círculo hermenêutico-dialético, a partir da concepção que se trata de uma avaliação formativa, os sujeitos podem reconstruir aquilo anteriormente posto, em uma situação que o círculo ganha características de espiral. Além disso, as construções foram adensadas com quatro aspectos, a saber:

- Literatura profissional e documentos oficiais – trata-se de informações que podem aprofundar algumas temáticas trazidas pelos círculos e estão entre as informações mais disponíveis e acessíveis. Vale ressaltar que na perspectiva construtivista essas construções não são vistas como generalização do conhecimento, mas como um ponto de vista também sujeito a críticas;
- Observação participante – durante esse percurso foi analisado o sinergismo entre o observado e as entrevistas. A etnografia prévia, além das observações a serem realizadas durante o processo, pode ser útil no sentido de levantar questões ou propiciar consenso entre os sujeitos.
- Construções de outros ciclos – os elementos/informações de um grupo de interesse específico (trabalhadores em saúde ou gestores), foram inseridos no outro. É sabido a possibilidade de essas temáticas serem conflitantes, nesse caso, evidenciar-se-á a avaliação do círculo concorrente. Em outras situações, podem emergir direções semelhantes, de maneira que o consenso pode ganhar força entre os diferentes grupos de interesse.
- Construção ética do avaliador – aqui consiste no reconhecimento da construção inerente a vivências do avaliador em relação ao objeto de estudo. Desse modo, a inserção dessas informações é possível, desde que esteja sujeita a críticas e discordâncias assim como as demais construções, ou seja, não sendo posta enquanto verdade. Nessa feita, a sensibilidade em relação à pertinência da interferência do avaliador é uma postura fundamental.

Wetzel (2005) considera a inserção desses recursos legítima, no sentido de informar as construções existentes para reconstrução dos sujeitos. Partimos da ideia de que a Avaliação da Quarta Geração não almeja emitir um juízo de valor, no que concerne a ser condizente ou não com a literatura, documentos oficiais e/ou políticas nacionais, mas de discutir o consenso para aquele grupo, inseridos no contexto singular do objeto de estudo.

#### 4.2.2.6 Preparação da agenda para negociação

Finalizadas as entrevistas, após a organização das construções de cada grupo de interesse, iniciamos a fase de preparação para a negociação. Com base nas adaptações realizadas por Wetzel (2005), a negociação para essa pesquisa foi realizada em uma prática grupal para cada um dos grupos de interesse, em que os sujeitos puderam reafirmar, modificar ou excluir as temáticas elencadas. Assim, nessa etapa foram desenvolvidas as seguintes atividades:

- Definir os núcleos temáticos emergentes do discurso dos grupos de interesses, de maneira a torna-los claros para análise dos sujeitos envolvidos;
- A organização do material impresso contendo os núcleos temáticos e as informações empíricas, com cópia para todos os sujeitos;
- A preparação do material para apresentação a partir de recursos audiovisuais.
- A negociação em relação a definir um dia e horário comum a todos os sujeitos.

Para esse momento, realizamos um contato prévio com os grupos de interesse. Com isso, identificamos que seria inviável a participação de todos em um só momento, e com base nisso, e na sugestão dos próprios sujeitos, foram elencados datas e horários que favorecessem a presença da maioria. Os sujeitos também indicaram qual seria o melhor local de realização e ajudaram na reserva ao espaço. Além disso, durante a semana em que seria realizado o encontro de negociação, foram distribuídos convites nominais a cada um dos participantes; e contando com o consentimento prévio dos mesmos, a data e o horário foi reiterado no dia anterior ao encontro por meio de mensagem ao telefone móvel pessoal.

Apesar desse esforço, tivemos que lidar com alguns contratemplos. O encontro de negociação com os trabalhadores ocorreu no dia 8 de abril de 2015 e contou com a participação de sete dos nove participantes. Os outros dois, embora demonstrassem interesse em participar, estavam desenvolvendo uma atividade da campanha de combate ao surto de sarampo. Já o encontro de negociação com os gestores, teve uma primeira data agendada para 30 de março de 2015, mas não ocorreu, por diversos motivos tais como férias e doença. Por conta disso, essa data foi remarcada somente para 12 de junho de 2015, tendo em vista que durante os meses de abril e maio os gestores relataram estar com agendas lotadas, principalmente, pelas atividades da campanha de combate ao sarampo. Essa segunda tentativa obteve êxito, onde tivemos a participação de três dos cinco gestores integrantes. Vale ressaltar que aqueles sujeitos que não participaram dos encontros de negociação, relataram se sentir representados pelos seus colegas.

#### 4.2.2.7 Execução da negociação

O bom desenvolvimento dessa etapa é crucial, visto que é nesse espaço que buscamos o consenso e quando esse não foi possível, esclarecer os diferentes pontos de vista em relação aos dissensos. Para que obtivéssemos êxito, estabelecemos algumas regras operacionais:

- Local adequado, que envolva privacidade, conforto, sem interferências sonoras e de fácil acesso. Conforme já mencionado, esse local foi sugerido pelos próprios participantes;
- Somente uma pessoa poderia falar por vez, de maneira que ninguém pudesse dominar a discussão e todos tivessem o direito de se posicionar quando considerar relevante;
- Que não tivesse duração muito extensa, na condição de que o encontro não passe a ser inconveniente e cansativo;
- A função do avaliador foi de apresentar as regras do grupo e as temáticas, esclarecer as opiniões emitidas, provocar a participação dos sujeitos quando necessário e evitar a centralização das discussões em um só sujeito.
- Contamos com dois observadores, que tiveram o papel de analisar o processo de interações presente durante o processo grupal, dedicando-se ao registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes preocupações e ordem de respostas.

Durante a busca pelo consenso, Guba e Lincoln (2011) evidenciam três possibilidades: (i) resolução total, situação em que pode requerer a execução de determinadas ações, a continuidade de ações que veem sendo desenvolvidas, com melhoramentos ou não, ou a rejeição/abandono de determinada ação; (ii) resolução incompleta, onde não se conseguiu resolver algumas questões; e (iii) não resolução, quando construções diferentes, provavelmente rivais, permanecerão. Em geral, essas três situações ocorrem simultaneamente nas pesquisas avaliativas.

Cabe ainda destacar aqui que em ambos os grupos, precedeu as discussões a oferta de um lanche e ambiente acolhedor, de maneira que os participantes pudessem se sentir à vontade no encontro. Esse objetivo foi alcançado. As informações levadas para discussão nos encontros de negociação foram frutos da sistematização a partir do método Comparativo Constante, o qual resultou em uma síntese horizontal (APÊNDICE D; E). Essa síntese dos achados foi disponibilizada aos participantes, em que o avaliador expôs as informações a serem debatidas.

As informações emergentes a partir dos encontros de negociação foram apresentadas nos resultados a partir do termo “Encontro de negociação”, seguido do grupo de interesse o qual se refere. Exemplo: (Encontro de negociação, gestores), ou (Encontro de negociação, trabalhadores).

#### **4.2.3 Plano de análise**

Após leitura exaustiva da proposta de Guba e Lincoln (2011), identificamos que o método apresenta grande potencial no que se refere a sua técnica de construção das informações empíricas - o círculo hermenêutico-dialético - bem como pela acepção filosófica para sua interpretação, que busca um diálogo entre a hermenêutica e a dialética. Todavia, a técnica de análise proposta pelos autores (o método comparativo constante), nos pareceu precisar de algum complemento.

Na avaliação de quarta geração, a interpretação das informações empíricas não ocorre dissociada da construção das informações (entrevistas, observações e encontro de negociação). Assim, durante esse processo, seguimos o método comparativo constante, conforme proposto por Lincoln e Guba (1985), visto que esse permite que a análise e a construção das informações empíricas de forma concomitantemente. Findadas as construções e a execução da negociação, com vistas a facilitar a interpretação hermenêutica-dialética (opção desse estudo), utilizamos o tratamento das informações inspirados em Minayo (2008) e Assis e Jorge (2010).

#### 4.2.3.1 Método comparativo constante

O método comparativo constante surgiu a partir dos sociólogos Anselm Strauss, da Universidad de Chicago e Paul Glasser, proveniente da Universidad de Columbia, em 1967. Opera com base em ferramentas pautadas na subjetividade do pesquisador como parte fundamental do ato de pesquisar. Assim, se reconhece a função do avaliador como também construtor das informações. Desse modo, essa técnica trabalha a partir do estabelecimento de uma ‘interação dialética’, na qual as diversas compreensões se articulam e se complementam (ANGELIS, 2005).

Sendo pensado de modo pragmático, o método comparativo constante opera com base nas etapas de identificação das unidades de informação e categorização. As categorias devem surgir a partir das unidades de informação (*unitizing*), as quais devem ter por base duas características elementares: (i) ser heurística, ou seja, voltado para alguma compreensão ou ação que o pesquisador precisa ter ou tomar; (ii) além disso, deve ser a menor parte da informação sobre algo, de forma que possui características próprias, a qual é possível interpretar sem a necessidade de acrescentar outra informação que não seja a ampla compreensão do texto em estudo (LINCOLN; GUBA, 1985).

Nessa fase, é preferível o excesso de unidades de informação em detrimento da omissão, assim, essas serão elencadas independentemente de parecerem irrelevantes ao estudo

(LINCOLN; GUBA, 1985). Assim, as unidades de informações foram construídas com base nas entrevistas e observações, ainda em sua fase de construção.

Na etapa de categorização, foram reunidas categorias provisórias<sup>13</sup>, a partir das unidades de informação que tratavam do mesmo conteúdo. Com isso, realizamos a elaboração de um conteúdo para descrever as propriedades de cada categoria, que foram utilizadas para justificar a inclusão de cada unidade de informação em determinada categoria, além de tornar a categoria internamente consistente (LINCOLN; GUBA, 1985). Buscamos construir categorias internamente homogêneas, para que haja uma identidade interna, com conteúdo equivalente; ao mesmo tempo, que fossem ser externamente heterogêneas, de modo que não tenhamos sobreposição entre elas, desse modo, ficam resguardadas as identidades das categorias.

Por fim, delimitamos categorias analíticas, com relações sociais fundamentais, servindo como guia teórico e balizas para a análise do objeto. Já as categorias empíricas, foram construídas a partir do material empírico emergente, abordando temas comuns (MINAYO, 2008).

Assim, findada essa fase de análise, que ocorreu concomitante com a construção das informações empíricas, tivemos o seguinte quadro como exemplo:

Quadro 3 – Demonstrativo do quadro construído durante a análise/construção das informações empíricas

Categoria	Unidades de Significado	Conteúdo representativo
Organização e gestão das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária	Unidade de informação A	
	Unidade de informação B	
	Unidade de informação C	
Processo de trabalho e a gestão das Redes de Atenção à Saúde	(...)	
	Unidade de informação N	
	Unidade de informação A	

Fonte: Próprio autor

O fruto dessa primeira sistematização, a qual denominamos de síntese horizontal, foi apresentado aos participantes em cada um dos encontros de negociação. Dada a transversalidade das unidades de informação, para essa etapa, optamos por apresentá-las sem expor qual categoria se tratava, mas sim descrevendo o resultado da síntese do conteúdo que cada uma delas representa (APÊNDICE D; E). Assim tivemos o olhar e as considerações de todos os sujeitos participantes do encontro, sobre suas próprias construções.

#### 4.2.3.2 Hermenêutica-dialética

<sup>13</sup> São categorias provisórias porque surgem no decorrer da construção das informações empíricas, podendo ser alteradas conforme o desenrolar desse processo.

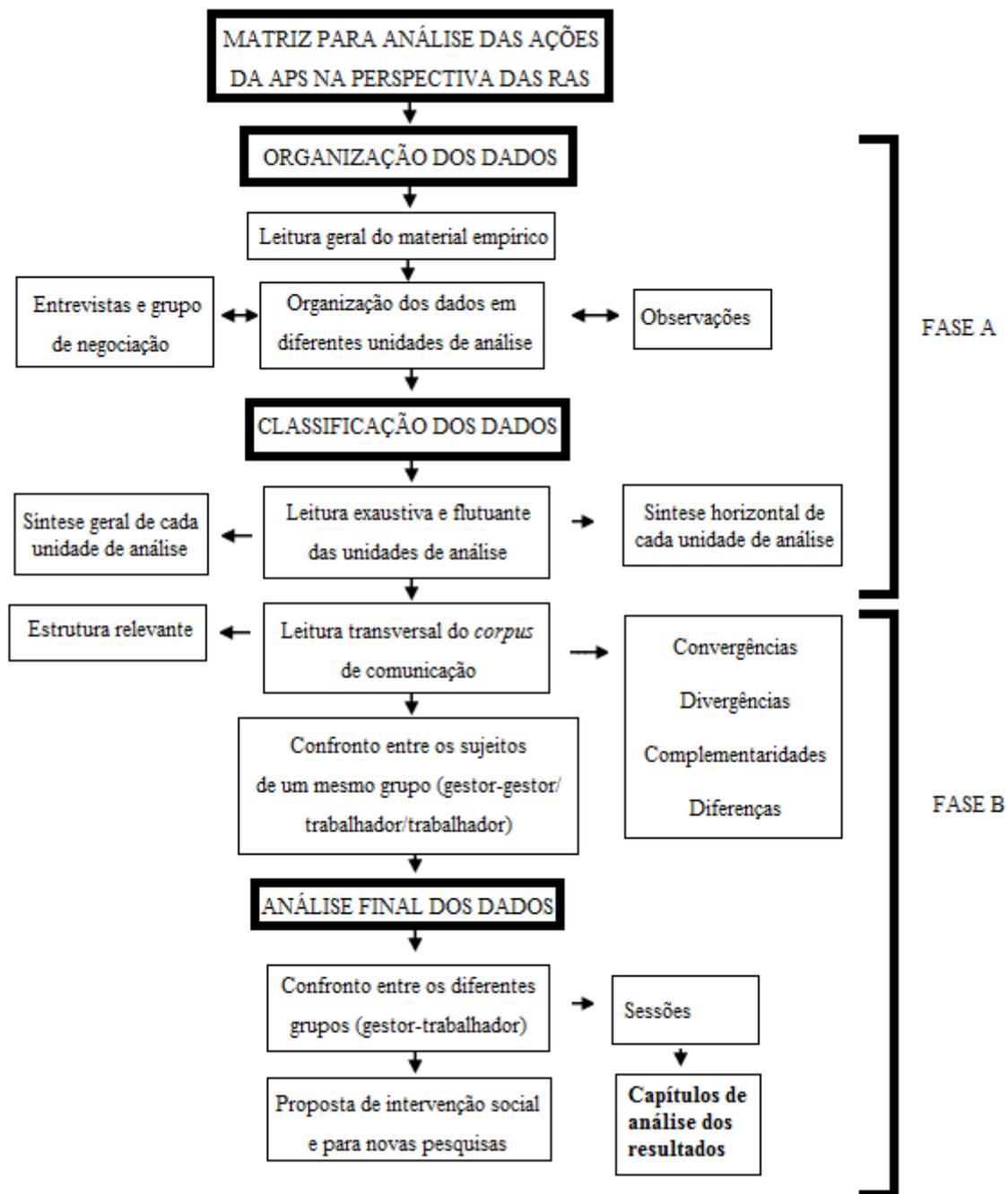
Inspirada em Habermans, Minayo (2008) trata da interação entre a hermenêutica e a dialética, em que se compreende o texto, a fala e o depoimento como resultante de um processo social e de conhecimento, ambos frutos da realidade social. Assim, destaca que a hermenêutica é a arte da compreensão e a dialética a arte do estranhamento e da crítica (embora sejam características que também se fazem presente na dimensão da hermenêutica).

Considera que a hermenêutica envolve a experiência cultural que traz os resultados de consensos que se convertem em estruturas, vivências, significados compartilhados e símbolos, ao passo que reflete a respeito da subjetividade, ao refletir que nem tudo na vida social é transparente, inteligível e identificável por meio da linguagem. Assim, destacam-se seis parâmetros a serem seguidos: (i) busca esclarecer o contexto; (ii) considera o teor de racionalidade e de responsabilidade nas diferentes linguagens; (iii) insere os fatos, os relatos e as observações no contexto dos atores; (iv) assume o papel de julgar e tomar posição sobre as informações empíricas; e (v) produz um relato dos fatos em que os diferentes atores se sintam contemplados (MINAYO, 2008).

A dialética, por sua vez, tem como pressupostos o diálogo, a pergunta e a controvérsia, em que busca nos fatos, na linguagem, nos símbolos e na cultura, os núcleos obscuros e contraditórios para que se possa conduzir a crítica. Assim, sua operacionalização no âmbito da pesquisa científica ocorre com base em instrumentos de crítica e apreensão das contradições na linguagem, no entendimento da análise dos significados a partir das práticas sociais, na busca pela criação de consensos e contradições presentes (MINAYO, 2008).

Com esse pensamento, a autora sistematiza de modo didático uma possibilidade de técnica de análise, a qual consideramos ser condizente com a acepção filosófica proposta, frente à profundidade que essa permite. A técnica se subdivide em três fases: organização dos dados, classificação dos dados e análise final dos dados. Assim, adaptamos o fluxograma analisador indicado por Assis e Jorge (2010).

Figura 4 – Fluxograma analisador



Fonte: Adaptado de Assis e Jorge (2010, p. 155)

Vale ressaltar, que: a fase denominada ‘organização dos dados’, que consiste em leitura geral do material empírico e organização dessas informações em diferentes unidades de análise; assim como parte da ‘classificação dos dados’, em especial a leitura exaustiva do material empírico, com produção das sínteses horizontal e geral, já haviam sido realizadas durante a construção das informações empíricas (entrevistas, observação participante e encontro de negociação), por meio do método comparativo constante, em que apresentamos como “Fase A”

desse processo. Já as outras tarefas da ‘classificação dos dados’ e a ‘análise final dos dados’, serão realizados após a apreensão de todo material produzido, no que denominamos “Fase B”.

Desse modo, as peculiaridades trabalhadas a partir da proposta de Assis e Jorge (2010) foi a fase de classificação dos dados com leitura transversal do *corpus* de comunicação, com produção da respectiva síntese, que incluiu também as informações emergentes dos encontros de negociação. Com isso, buscamos resgatar uma visão geral das informações empíricas, visto que as informações se encontram interligadas, somente dessa maneira fazendo sentido, embora, por questões didáticas, tenhamos que analisar por proximidade dos conteúdos. Além disso, a busca por convergências, divergências, complementaridades e diferenças entre os discursos, foi fruto dessa segunda etapa de interpretação.

A síntese transversal resultou do confronto entre a síntese horizontal e a síntese vertical, culminando com uma visão geral a respeito do objeto. Adentrando na fase da análise final, foi realizada uma interface entre os diferentes grupos de interesse (gestores e trabalhadores), que resultou em uma nova síntese horizontal. A partir disso, realizamos uma síntese vertical que resultou na constituição dos capítulos de análise. Nesse percurso, a síntese transversal também se fez importante, visto que a divisão em capítulos e seções é meramente didática e só fazem sentido quanto tratadas de maneira integrada. Desta feita, os capítulos e as seções foram construídos envolvendo os seguintes núcleos de sentido:

Quadro 4 – Pertinência dos núcleos de sentido em relação aos grupos de interesse e a construção de uma nova síntese na constituição dos capítulos

Núcleos de sentido	Gestores	Trabalhadores	Síntese horizontal	
			Todas	Todas
APS como coordenadora do cuidado	X	X	Todas	Todas
Excesso de demanda espontânea e vínculo	X	X	Seção 2 e 3	-
Estratificação de risco	X	X	Seção 4	-
Referência e contrarreferência	X	X	Seção 4	-
Sistemas de apoio e sistemas logísticos	X	X	Seção 4	-
Cobertura populacional	X	X	Seção 1	Seção 1 e 2
Ampliação do horário de funcionamento	-	X	-	Seção 2
Falta de materiais, medicamentos e insumos	X	X	-	Seção 3
Espaço físico da (s) UAPS	X	X	-	Seção 3
Formação em saúde	X	X	-	Seção 4
<b>Síntese transversal</b>	-	-	<b>Capítulo 1</b>	<b>Capítulo 2</b>

Fonte: Autoria própria.

Vale ressaltar que destacamos apenas aqueles núcleos de sentido que tiveram mais pertinência à temática a ser tratada na seção, o que não exclui os demais em sua construção. Nesse sentido, detalharemos a constituição de cada um dos capítulos, bem como a transversalidade de alguns dos núcleos de sentido.

#### 4.2.4 Aspectos éticos

O paradigma construtivista envolve riscos: o primeiro deles é o contato face a face, visto a aproximação existente entre avaliador e avaliado; o segundo é a dificuldade em manter a privacidade e confidencialidade, sendo os sujeitos previamente consultados para reprodução de seus discursos; o terceiro é a possível violação da verdade, visto os interesses relativos à avaliação; o quarto é a necessidade de negociações transparentes, a qual o engano é recusado, pela avaliação dos próprios sujeitos; e o quinto é em relação ao problema de inclusão/exclusão ou escolha das informações empíricas a serem trabalhadas, visto que em geral os estudos de caso geram mais informações do que é possível incluir em um estudo (GUBA; LINCOLN, 2011).

Tendo prévia identificação dos riscos, esses serão evitados, além disso, serão sucintamente explicados aos participantes, assim como os objetivos do estudo. Nesse sentido, serão garantidos os princípios éticos por parte do entrevistador definidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que norteia as pesquisas que envolvem seres humanos. Consta no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE F), as informações necessárias para o objetivo da pesquisa, sendo preservada a identidade do pesquisado. Subsequente, assinarão o termo no qual declararão a aceitação de sua participação na pesquisa.

Diante disso, a pesquisa seguiu a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde que estabelece a eticidade da pesquisa em: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. Nesse sentido, contamos com apreciação e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UECE (CEP/UECE) em 21 de outubro de 2014, sob o número 880.192 (ANEXO A); assim como pela Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde (COGTES) em 23 de julho de 2014, que emitiu um comunicado para a regional (ANEXO B).

## 5 UNIDADE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE LUIS ALBUQUERQUE MENDES

As informações aqui contidas são parte da construção denominada etnografia prévia, que não consiste em uma etnografia profunda conforme conhecemos no campo da Antropologia, mas somente na dimensão de uma caracterização da unidade de saúde. Assim, procuramos descrever alguns aspectos da UAPS Luis Albuquerque Mendes, em especial, no que diz respeito a sua área física, bem como alguns outros aspectos importantes nesse cenário. Essa descrição é essencial para compreensão de muitos dos sentidos apresentados pelos sujeitos ao longo dos outros dois capítulos dos resultados. Além disso, permite uma visualização do contexto em que ocorreu a observação participante. A construção dessa descrição teve por base dados observacionais e documentos disponibilizados pela coordenação da unidade de saúde, bem como alguns dados observacionais.

A UAPS Luis Albuquerque Mendes é localizada no bairro Serrinha, em Fortaleza, Ceará. O acesso é por meio de uma rampa, em que metade dela possui piso adaptado para pessoas com deficiência visual. A unidade de saúde possui um espaço de cerca de três metros da parte externa até a entrada da UAPS. Esse, possui algumas plantas em vasos e algumas bicicletas guardadas. A entrada da unidade possui um portão em formato de grade e uma porta totalmente de vidro.

Logo após a entrada, de um lado se encontra o NAC, e de outro, a Farmácia. Em frente há uma placa de “inauguração” datada de 19 de dezembro de 2013, outra com os turnos e dias dos profissionais de nível superior estarão em cada semana, outra com algumas atividades desenvolvidas na unidade de saúde e outra com uma lista de medicamentos indispensáveis à farmácia. Embora a placa indique 2013, o Luis Albuquerque Mendes, foi inaugurado em 1980 e teve a ESF implantada em 1998, entre as primeiras equipes de Fortaleza. A unidade conta com 25 salas. A área adstrita da UAPS LAM compreende um total de 22.885 usuários, distribuídas em quatro equipes.

Tabela 3 – Distribuição de microáreas, famílias e usuários adstritos por equipe da UAP LAM, Fortaleza, 2015

Equipe	Total de microáreas	Número de famílias	Número de usuários
Serrinha 1 (Azul)	7	1.106	4.325
Serrinha 2 (Roxa)	8	1.776	6.820
Serrinha 3 (Vermelha)	7	1.667	5.742
Serrinha 4 (Amarela)	8	1.774	6.190
Total geral	30	6.235	22.885

Fonte: ESF Luis Albuquerque Mendes, atesto municipal de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde referente a agosto de 2015.

Cada microárea é acompanhada por um ACS e cada área, correspondente as cores azul, roxa, vermelha e amarela, é de responsabilidade de um médico, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem. É importante mencionar que os profissionais possuem vínculos empregatícios distintos, como podemos observar na tabela abaixo:

Tabela 4 – Quantidade de funcionários ativos, função e vínculo empregatício, UAP LAM, Fortaleza, 2015

<b>Cargo/função</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Vínculo empregatício</b>
Administrador	01	Servidor PMF*
Auxiliar administrativo	03	Servidor PMF
Médico	04	Servidor PMF (02); PROVAB** (02)
Enfermeiro	05	Servidor PMF
Agente Comunitário de Saúde	29	Servidor PMF (28); Celetista (01)
Auxiliar de Enfermagem	03	Sem vínculo (01); Celetista (02);
Técnico de Enfermagem	03	RPA*** (03);
Cirurgião Dentista	04	Servidor PMF
Técnico de Saúde Bucal	03	Servidor (01); Servinac**** (01); Celetista (01)
Auxiliar de Saúde Bucal	03	Servinac (01); Celetista (02)
Atendente de Serviços de Saúde	01	Celetista (01)
Auxiliar de Escritório	04	ISGH*****
Recepcionista	02	ISGH
Vigia	01	Servidor PMF
Operária/recepção	01	Emlurb***** (01)

Fonte: ESF Luís Albuquerque Mendes, atesto municipal de funcionamento das Unidades de Atenção Primária à Saúde referente a agosto de 2015 e registro de ponto referente a julho de 2015. \*Prefeitura Municipal de Fortaleza. \*\*Programa de Valorização do Profissional da Atenção Básica. \*\*\* Recibo de pagamento autônomo. \*\*\*\* Empresa de segurança, tecnologia e rastreamento. \*\*\*\*\* Instituto de Saúde e Gestão Hospitalar. \*\*\*\*\* Empresa municipal de limpeza e urbanização.

Os registros acima foram construídos a partir de informações cedidas pela UAPS Luís Albuquerque Mendes, que constam no atesto municipal de funcionamento e no registro de ponto. Todavia, algumas categorias/funções não constam nesses documentos, tais como: Auxiliar de Escritório, Auxiliar de Farmácia, Auxiliar de Serviços Gerais, Auxiliar de Laboratório de Análise Clínicas, Agente de Endemias, Controlista de Acesso. Os trabalhadores informaram que isso pode ocorrer devido ao vínculo ser terceirizado, por empresas como o ISGH. Também por conta disso, é possível que haja um quantitativo de profissionais diferente do apresentado pela Tabela 3 (maior). Nesse sentido, cabe ressaltar o vínculo empregatício precarizado e/ou não contínuo por parte de alguns profissionais.

Os dois médicos vinculados ao PROVAB, por exemplo, só podem permanecer na UAPS por 12 meses. Isso limita o estabelecimento do vínculo com a comunidade e até mesmo com os membros da equipe<sup>14</sup>. É importante que a ampliação da cobertura ocorra por meio da realização de concurso público, com a nomeação de servidores, conforme ocorreu em 2006 (FROTA,

<sup>14</sup> A questão da ampliação da cobertura populacional a partir do PROVAB foi aprofundada na sessão “Baixa cobertura e a insuficiência da Atenção Primária à Saúde, que faz parte do capítulo intitulado “Processo de Trabalho na Atenção Primária e suas repercussões nas Redes de Atenção à Saúde”.

2008) e não a partir da adesão ao PROVAB, que conforme reconhece o plano plurianual (2014-2017) gerou um incremento de 33,8% para 49% da cobertura populacional por equipes de Saúde da Família.

Para compreensão do cenário é importante também descrever a área física da UAP Luís Albuquerque Mendes. Assim, descrevemos abaixo de acordo com as informações observacionais.

Sala da coordenação: Sala tamanho pequeno, climatizada, duas mesas com cadeiras, outras três cadeiras para espera, uma impressora multifuncional, um telefone, uma pia, um bebedouro pequeno (gelágua), um flanelógrafo, dois armários, uma lixeira, uma janela de vidro com grade e uma foto do prefeito.

Sala de acolhimento: Sala de tamanho médio, climatizada, possui maca, balança de precisão para criança, balança de precisão para adulto, um computador, quatro cadeiras, duas mesas, uma pia, uma janela pequena, dois lixeiros, um armário, descartex. Nessa sala, o que ocorre na verdade, é uma triagem, em que trabalham dois auxiliares de enfermagem, que realizam aferições básicas (peso, pressão arterial, temperatura e etc) e encaminham o usuário para onde for necessário.

Consultório 1, 2 3, 4, 5, 6 e 7: Essas salas possuem padrão bastante semelhante. Em geral, são destinadas aos atendimentos dos profissionais de medicina e enfermagem. Em algumas ocasiões, é utilizada também por outros profissionais e fins, tais como os profissionais das Residências em Saúde, bem como para reuniões. Suas características principais são tamanho pequeno ou médio, climatizadas, possuem uma maca, um armário, uma pia, uma mesa, um computador, duas cadeiras e uma janela pequena. Essa sala se destina a atendimentos dos trabalhadores de enfermagem.

Ginecologia: Sala de tamanho pequeno, climatizada, possui maca ginecológica, janela pequena, armário, três cadeiras, uma mesa, um computador, uma impressora, um lixeiro e um banheiro. Embora a sala seja nomeada de “Ginecologia”, não há médico ginecologista atuando, ocorre, na verdade, prevenção ginecológica. Todavia, esses atendimentos não estão sendo realizados por falta de insumos.

Copa: Sala muito pequena, possui uma geladeira, um fogão pequeno de duas bocas, um armário, um liquidificador e uma pia. Rotineiramente essa sala é utilizada para produção do tradicional “cafezinho”.

WC masculino e feminino dos usuários: Há dois banheiros muito pequenos para os usuários: um masculino e outro feminino. Possuem vaso sanitário e pia. No caso do masculino, a porta está atualmente com problemas, portanto, não fecha.

WC masculino e feminino dos funcionários: Há dois banheiros de tamanho pequeno para os funcionários: um masculino e outro feminino. Esses são mantidos fechados, com chave disponível apenas para os trabalhadores da UAPS. Possuem vaso sanitário, pia e chuveiro.

WC adaptado: Banheiro de tamanho pequeno, que possui um vaso sanitário adaptado, pia, uma cadeira de rodas, as portas são adaptação (são mais largas) e possui agarradores laterais nas paredes.

Curativo: Sala de tamanho médio, climatizada, possui uma maca, um “lava-pés” (que se assemelha a uma banheira e é destinado, conforme o nome sugere, a lavar os pés dos usuários), um armário, uma pia, um descartex, alguns kits com material, duas lixeiras, e uma janela grande. Essa sala não está em uso por ausência de insumos. Sala de “Ginecologia” e sala de “Curativo” não estão em uso por falta de insumos.

Imunização: Sala de tamanho médio, climatizada, possui um armário, uma maca, dois recipientes térmicos, uma pia, uma geladeira para guarda de medicamentos, um suporte para descarte de substâncias infectantes. Para imunização foi implantado um Procedimento Operacional Padrão (POP) em 18 de agosto de 2014.

Núcleo de Apoio ao Cliente (NAC): O NAC é o novo nome dado ao antigo Serviço de Arquivo Médico e Estatística (SAME). Esse setor é responsável pela marcação e confirmação de consultas e solicitação do cartão do SUS. É composto por uma sala pequena, climatizada e possui um balcão coberto por um espaço de vidro que contém um pequeno espaço quadrado semelhante ao de uma instituição financeira, um armário, dois computadores, uma lixeira, uma impressora, três cadeiras e algumas prateleiras.

Sala da odontologia: Sala de tamanho grande, climatizada, possui duas cadeiras odontológicas, dois computadores com impressoras, um frigobar com insumos, uma sala pequena para guardar objetos, duas janelas pequenas e um balcão.

Sala do Conselho de Saúde/Agente Comunitário de Saúde: Sala pequena, climatizada, que possui um balcão, uma cadeira e um armário. Nessa sala se encontra também o ponto eletrônico dos trabalhadores.

Salas de espera: Todos os consultórios possuem algumas cadeiras para espera nos corredores. Além disso, há dois espaços maiores para espera. Um deles é logo na entrada, e o outro é próximo à maioria dos consultórios. Nesses dois locais, há uma televisão e algumas cadeiras.

Há ainda três salas que não foram visitadas, a sala de esterilização, de expurgo e a de Coleta/aerossol.

Conforme já mencionado, enfrentamos dificuldade de apresentação da pesquisa aos trabalhadores na entrada no campo, para que eles pudessem compreender e repensá-la. Nessa fase, questionamos a coordenadora a respeito da reunião da UAPS, as quais durante minha vivência em 2010-2012 ocorriam todas as sextas, no período da tarde. Seria um momento oportuno para desenvolver essa tarefa. Foi aí que soube de um primeiro elemento do modelo de atenção desenvolvido na ESF de Fortaleza: não há mais os espaços de roda da unidade. Outra possibilidade seria as reuniões de equipe, já que a UAPS possui quatro, mas essas também não se destinam mais ao planejamento da equipe. Essas informações contam nos registros em diário de campo:

Perguntei para a coordenadora em atividade quando haveria uma reunião da UAPS, para que eu pudesse apresentar a proposta da pesquisa e ouvir as opiniões e sugestões dos participantes. Ela indicou que não estão mais havendo reuniões. (Observação, 21/01/15 tarde)

Perguntei para (...) quando haveria uma reunião da UAPS, ao rememorar saudosamente nossas rodas da unidade. Minha participação nesse encontro seria muito bom, para que eu pudesse inclusive apresentar a proposta da pesquisa e ouvir coletivamente as opiniões e sugestões dos participantes. Fui informado que essas reuniões não acontecem mais, sendo que um dos motivos é a situação atual do surto de sarampo que passa o município. Nesse mesmo dia, fui informado por outro trabalhador do posto que não há mais espaço para planejamento das equipes, que esses encontros ocorrem somente para realização dos “consolidados”. Indica ainda que somente as reuniões mensais do Conselho Local de Saúde está ocorrendo (Observação participante, 21/01/2015, tarde).

Os encontros da UAPS e das equipes eram fundamentados no método da roda<sup>15</sup>. Esse método, também conhecido como método paidéia, rompe com o modelo gerencial hegemônico, tendo em vista que nessa perspectiva, a subjetividade e a horizontalidade são valorizadas. Além disso, a gestão e o planejamento são trabalhados na direção da produção de sujeitos e coletivos organizados. Nesse sentido, essas práticas eram desenvolvidas na perspectiva da cogestão de coletivos na gestão pública, uma vez que as tomadas de decisões são compartilhadas. Isso ocorre por meio do diálogo, estabelecimento da criatividade e do compromisso social com a liberdade (CAMPOS, 2000). Portanto, a ausência desses espaços representa um retrocesso no que se refere a organização política e o planejamento de ações por parte das equipes de Saúde da Família.

---

<sup>15</sup> A questão retirada dos encontros na unidade de saúde fundamentado no método da roda foi aprofundada na subseção “Modelo de Atenção à Saúde de Fortaleza e as Redes de Atenção à Saúde: Com a palavra, os trabalhadores em saúde”, que faz parte do capítulo intitulado “Organização e Gestão das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária”.

O fluxo dos usuários se operacionaliza a partir de sua condição de saúde<sup>16</sup>. Em geral, aqueles usuários com condições agudas, se direcionam a sala de acolhimento em que passa por uma triagem e aferição de medidas e sinais vitais pelos técnicos de enfermagem, passam posteriormente pela enfermeira que irá proceder com a resolução do caso, encaminhamento para profissional de medicina ou para remarcação (caso seja passível de retorno). No caso dos usuários agendados, eles se dirigem a fila do NAC para confirmação da consulta, posteriormente vão até o acolhimento para aferição de medidas e sinais vitais e após isso seguem para o consultório.

Os agendamentos são realizados com horário pré-determinado, em que um grupo de usuários vão em determinada hora e outro grupo em outra hora. Ainda assim, identificamos que muitos usuários aguardam muito tempo para serem atendidos.

A carga horária dos profissionais <sup>17</sup>de nível superior está dividida em 40 horas semanais, das quais 8 horas são destinadas a atividades de educação permanente e 32 horas para assistência. Eles cumprem essa carga horária com um dia de trabalho de oito horas e quatro dias de seis horas.

---

<sup>16</sup> A questão organização acolhimento aos usuários na perspectiva de seu fluxo na UAPS foi aprofundada na subseção “Organização da oferta de serviços pelas equipes de saúde da família e seus determinantes”, que faz parte do capítulo intitulado “Organização e Gestão das Redes de Atenção à Saúde pela Atenção Primária”.

<sup>17</sup> A questão da distribuição da carga horária dos profissionais foi aprofundada na sessão “Decorrências da ampliação do horário de funcionamento das unidades de atenção primária à saúde”, que faz parte do capítulo intitulado “Processo de Trabalho na Atenção Primária e suas repercussões nas Redes de Atenção à Saúde”.

## **6 ORGANIZAÇÃO E GESTÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Nesse capítulo, foram incluídas as temáticas que possuem relação direta com a articulação das RAS, em uma dimensão “macro” sistêmica. Assim, dialogamos sobre os principais elementos da chamada “nova proposta” de modelo de atenção que vem sendo implementado (na representação social de alguns), e imposto (para outros).

Desse modo, discutimos os seguintes pontos: a política de APS e a construção das redes; o modelo de atenção à saúde de Fortaleza e as RAS, com foco na argumentação dos trabalhadores; a organização da oferta de serviços pelas equipes de Saúde da Família e seus determinantes; e por fim as principais estratégias de articulação das redes.

### **6.1 POLÍTICA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A CONSTRUÇÃO DAS REDES**

Dentre as funções da APS, em especial na categorização dos atributos elencados por Barbara Starfield (2002), resgatamos como central para esse estudo a coordenação da atenção. É importante ressaltar que os demais elementos estão diretamente relacionados, quais sejam: o acesso, a longitudinalidade, a integralidade, entre outros. Nesse sentido, a orientação da discussão para outro foco – que não necessariamente a “coordenação da atenção” –, não deve levar a pensar uma fuga do objetivo do estudo, mas sim que tais temáticas tratadas são as mais significativas no contexto dos grupos de interesse aqui incluídos, tendo em vista que foram eles que determinaram os rumos da construção e da interpretação das informações empíricas aqui discutidas.

Diante disso, queremos chegar especificamente na forma como a saúde ou, dito de outro modo, o modelo de atenção à saúde, é utilizado para fins político-partidários. A partir de um olhar com maior profundidade sobre a realidade da APS nos municípios brasileiros, foi possível argumentar que, concomitante com a modificação da gestão municipal, – geralmente ocorre a cada quatro anos –, há também uma ruptura da agenda construída para esse setor. No entanto, vale lembrar que “[...] a ESF é uma política de Estado e não vai mudar, pode mudar o prefeito que mudar vai ter ESF, mas esses modelos de atenção como o que a gente está implantando no município ainda não é [...] (Encontro de negociação, gestores). Portanto, o modelo de atenção se constitui como uma política de governo e não de estado.

Compreendemos a diferença entre uma política de estado e uma política de governo a partir de sua institucionalidade. A primeira delas permanece independentemente do governo,

portanto, se faz presente de maneira mais estável na sociedade. Sem dúvida, a ESF se faz presente fortemente no sentido de orientar a APS brasileira desde 1994. Passados 21 anos de história, podemos categorizá-la, ao concordar com os gestores, como uma política de estado. No entanto, esse discurso nos causa estranhamento pois nessa perspectiva, a ESF não é considerada um modelo de atenção. Assim, reconhece que há formas diferentes de organizar a estratégia e com isso, inferimos, em uma perspectiva ontológica, que algumas dessas maneiras se aproximam da proposta política e outras se distanciam.

Reconhecendo a legitimidade do discurso dos gestores, reafirmamos que as últimas gestões municipais de Fortaleza são determinantes nos rumos da política municipal de APS. O Plano Municipal de Saúde de 2010-2013 traz um resgate dos objetivos para esse setor da administração de Luiziane Linz (PT) (2005-2012). De acordo com esse documento, a organização dos serviços de saúde foi pensada em uma proposta contra-hegemônica, ao reconhecer a necessidade de transformação do sistema hospitalocêntrico vigente (FORTALEZA, 201?).

Já na atual gestão de Roberto Claudio (PROS) (2013-2016), o plano municipal de saúde (2014-2017) ainda está em apreciação pelo Conselho Municipal de Saúde, e, portanto, não está disponível. No entanto o plano plurianual 2014-2017 podemos observar que se faz presente a melhoria da atenção básica. De acordo com o documento foi realizado um planejamento participativo nas regionais, em que foram definidas as principais fragilidades prioridades para esse período, não somente do setor saúde. Nessa ocasião, o “Posto de saúde” esteve no topo, tanto no que se refere a fragilidades, quanto em relação a ser uma prioridade (FORTALEZA, 2014a).

Embora ambos tragam a APS como central no campo da saúde em ambas as gestões, identificamos que a ESF se faz mais presente no planejamento da gestão da representação PT (2005-2012), que na do PROS (2013-atual). É possível que o plano municipal de saúde, quando publicado, traga outros elementos, todavia, o plano plurianual já exposto, se isenta de alguns debates, como por exemplo o da reforma sanitária. Para os trabalhadores, a política de APS não tem sido desenvolvida de modo coerente com a proposta da ESF:

[...] eu acho que, as redes de atenção elas funciona muito dependendo muito da gestão. Tem momentos que a gestão dá total apoio às equipes e tem horas que ela acaba. De uma hora para outra ela acaba, que o pessoal some. No momento atual está totalmente desfazelada. A equipe de Saúde da Família está desmantelada totalmente. A gente está sem chão. Na verdade, a gente não tem um elo mais como era antigamente (Trabalhador 5).

Observamos, assim, que algo preocupante exposto tanto na argumentação dos gestores, quanto do Trabalhador 5, é o fato do modelo de atenção à saúde sofrer influência da ideologia partidária. Sobre essa problemática, o mais alarmante é que não é algo exclusivo da realidade de Fortaleza. A partir de uma revisão da literatura a respeito da história das políticas de saúde do Brasil e o processo de mudança do modelo assistencial, Rosa e Labate (2005) identificam que essas mudanças envolvem também a troca excessiva dos membros das equipes, prejudicando o vínculo, assim como o avanço das ações e a relação entre a equipe e a família/comunidade. Nesses casos, a política municipal não reconhece os princípios norteadores do sistema de saúde brasileiro, além de desconsiderar o cuidado usuário-centrado. Assim, a ESF passa a ser apenas um programa estratégico para auxiliar nas campanhas eleitoreiras (ROSA; LABATE, 2005).

Essas problemáticas não ocorrem somente dentro de um mesmo município. As resistências e oposição corporativa e ideológica se ampliam, uma vez que o quadro de disputas político-partidárias entre Estados e Municípios também existem e muitas vezes determinadas cidades contam com mais investimentos. Outra problemática recorrente se refere à tensão e resistência existente na manutenção do modelo médico-curativo, em detrimento dos modelos contra-hegemônicos (SOUSA, HAMANN, 2009). O trabalhador 5, por exemplo, reitera a influência da gestão municipal nos rumos da saúde municipal, e indica que o atual momento (a partir da gestão municipal que iniciou em 2013), a ESF não condiz com sua proposta<sup>18</sup>.

Assim, recomendamos que as mudanças no modelo de atenção à saúde não deixem de lado o compromisso ético e político com as necessidades de saúde da população, e, assim, desvencilhar-se das questões político-partidárias em prol de uma maior continuidade (ROSA; LABATE, 2005). Quanto a esse processo de mudança, que claramente está ocorrendo – tanto em Fortaleza, quanto em outras realidades –, os gestores indicaram ao final do encontro de negociação, que há sempre resistência ao novo e que esse fator seria um condicionante ao grupo de interesse dos trabalhadores:

Eu só queria colocar uma ênfase assim, porque a gente está trabalhando com mudança de paradigma e muitas vezes na mudança de paradigmas as visões são muito diferentes, porque, às vezes, eu tenho tudo ou tenho nada, é radical. E a gente vai estar sempre convivendo com o velho e o novo, o tempo todo, porque o velho está muito presente. [...]. Vai ter um conflito mesmo de ideias, não necessariamente os sujeitos possuem as mesmas bases, as referências que se tem não são as mesmas e aí sempre vai haver dissensos. A pessoa ela pode falar de acordo com seu ponto de vista e do seu lugar (Encontro de negociação, gestores).

---

<sup>18</sup> As argumentações dos trabalhadores em relação ao modelo de atenção à saúde que vem sendo desenvolvido, foi aprofundado na próxima Seção, intitulada “*Modelo de Atenção à Saúde de Fortaleza e as Redes de Atenção à Saúde: com a palavra, os trabalhadores em saúde*”.

Esse discurso aponta para o entendimento dos gestores a respeito da insatisfação dos trabalhadores sobre o que vem sendo tratado como “novo modelo”. Para esse grupo, o motivo não tem por base somente as problemáticas existentes, mas também a resistência ao novo. Não debateremos esse sentimento de insatisfação dos trabalhadores e seus múltiplos sentidos, tendo em vista que é algo transversal no discurso desse grupo de interesse. A dialética “pulsa” fortemente nessas colocações, portanto, trouxemos o discurso acima como forma de explicitar o ponto de vista dos gestores e não no sentido de trazê-la como verdade absoluta, até porque, pelas informações construídas na observação participante e nos depoimentos, sabemos que as reivindicações e desapontamentos emergentes nesse processo são legítimas.

De fato, existe certa cultura por parte dos profissionais de saúde atuantes em unidades de saúde relativa à resistência a mudanças organizacionais (MORESCHI; REMPEL; BACKES, 2014). Entretanto, não podemos afirmar que diversas problemáticas agravadas com a nova gestão municipal – tais como a insatisfação referente à falta de recursos materiais –, seja fruto da resistência à mudança; até porque, conforme se pode perceber, o discurso acima não atribui a isso como o objeto das reivindicações, tendo em vista o reconhecimento de diversas outras fragilidades.

Podemos atribuir a forma como o modelo de atenção tem sido implantado como um desses aspectos que influenciam na resistência por parte dos trabalhadores. Os registros em diário de campo nos permitem argumentar que a proposta não tem sido construída coletivamente, mas se caracteriza como um enxerto o qual apenas uma pequena parcela dos trabalhadores compreende.

Outro aspecto importante no que diz respeito à incorporação desse novo modelo de atenção, é o cenário em que ele se dá. O fato de Fortaleza ser uma das metrópoles nacionais traz consigo diversos fatos e subjetivações que condicionam algumas dificuldades na operacionalização das RAS. Identificamos essa afirmação no discurso dos gestores, que realizam um comparativo com um município menor, principalmente no que se refere à relação dificuldade/facilidade de consolidação das redes de atenção.

Como eu estou na gestão, eu percebo que a coisa está se organizando e se estruturando, eu não sei, assim, como ainda está muito incipiente. Se você for pegar uma região de saúde por exemplo como a região de saúde de Baturité<sup>19</sup>, da microrregionalização,

---

<sup>19</sup> Baturité é a sede de uma região de saúde e recebe demandas de outros municípios. É um município do norte cearense, de médio porte (possuía segundo dados do IBGE, 2010, 33.326 habitantes), que fica a aproximadamente 108 km da capital.

talvez essa rede ela esteja desenhada. Para Fortaleza fica muito difícil porque Fortaleza tanto recebe pacientes do interior e tal, é uma rede maior (Gestor 1).

Conforme refere o Gestor 1, a gestão e a operacionalização das RAS de maneira integrada são influenciadas pelo cenário do município. Todavia, precisamos apontar que Fortaleza é uma sede de macrorregião e que por conta disso concentra a maioria dos equipamentos e serviços terciários do estado. Portanto, tem funções não somente da região de saúde em que ela faz parte, como é o caso de Baturité-CE, mas em diversas regiões de saúde. Nesse sentido, a comparação realizada pelo Gestor 1 fica comprometida, embora seja um parâmetro para compreendermos a dimensão da complexidade desse município.

No sentido de auxiliar na gestão, Fortaleza, por exemplo, tomou a medida administrativa de descentralização da gestão por secretarias regionais. A gestão se encontra subdividida em sete regionais, sendo que a regional Centro é somente administrativa, portanto, não corresponde a uma área geográfica específica como é o caso das outras seis. Essa política vem sendo operacionalizada desde janeiro de 1997, na gestão municipal de Juraci Vieira de Magalhães (1997-2004), do PMDB e continua sendo mantida. Essa medida tem como premissa básica a descentralização e a intersectorialidade (JUNQUEIRA, 1998).

Embora essa seja uma iniciativa importante, uma vez que a gestão de um município com tamanha dimensão, complexidade e diversidade seja facilitada pelo fato da descentralização regionalizada, muitas dificuldades permanecem. Dentre elas, a que se torna mais evidente no cenário brasileiro, são os financiamentos insuficientes, ou até mesmo desinteresse da gestão dos municípios de investir na APS. Isso traz dentre outros resultantes, grande desequilíbrio no que concerne a cobertura populacional por parte das equipes de Saúde da Família.

São justamente nos grandes centros urbanos - municípios com mais de 100 mil habitantes e as capitais – em que se concentra boa parte da população brasileira e é onde chama atenção por serem as cidades em que possuem menor cobertura populacional<sup>20</sup>. Tendo em vista esse contexto, alinhado a ausência de uma rede regionalizada e bem articulada, Sousa e Hamann (2009) ao realizar uma análise da implantação do Programa Saúde da Família no Brasil, indicam que o modelo clássico de assistência a doenças e as demandas espontâneas são perpetuadas com maior intensidade.

A APS como coordenadora da atenção pressupõe que o cuidado longitudinal seja realizado pelos profissionais da APS. Esse é um elemento essencial para a não fragmentação

---

<sup>20</sup> A baixa cobertura populacional por parte das equipes de Saúde da Família é algo também identificado nesse trabalho e a discussão sobre essa temática foi mais aprofundada no capítulo sobre Processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde.

do cuidado (STARFIELD, 2002). Os gestores reconhecem a implicação da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família e da integralidade da atenção. Além disso, reiteram que essa tarefa, de coordenar as RAS, é realmente da ESF.

Se a atenção primária ela não tiver bem desenhada ela não tiver um papel bem definido, ela não tiver com cobertura adequada ela não vai conseguir ordenar, quem vai acompanhar o paciente desde a residência dele até os outros pontos do sistema de saúde? (...) a ESF permite exatamente isso, o acompanhamento lá da residência através do agente e saúde, na unidade de saúde, com a sua equipe vinculada, toda essa parte de adstrição de clientela, isso é muito fantástico, porque nasceu assim, sem nem pensar em rede, aí a gente consegue tecer, puxa uma fiagem dali outra daqui, então assim, se a cobertura da estratégia não estiver adequada, a rede ela não consegue ser realmente enriquecida por que eu preciso da unidade de saúde conhecedora do indivíduo para poder acompanhar (Gestor 3) .

Desse modo, a APS é responsável pela coordenação e ordenação das RAS e conforme argumenta o Gestor 3, a baixa cobertura é uma problemática existente e que influencia negativamente nesse processo. Assim, a estruturação de uma rede deve ser planejada dentro de um território, observando a população e suas necessidades de saúde, suas vulnerabilidades e agravos que acometam as pessoas. Dessa maneira, o Ministério da Saúde, após pactuação tripartite em 2011, priorizou cinco redes temáticas: rede cegonha, rede de atenção à urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às doenças e condições crônicas, rede de cuidado à pessoa com deficiência (BRASIL, 2012b). Essas redes compõem as redes prioritárias do sistema de saúde, e todas são transversalizadas pelos temas: qualificação e educação; informação; regulação; e promoção e vigilância à saúde.

Dentre elas, Fortaleza tomou a decisão administrativa de priorizar quatro: rede cegonha, rede de atenção à urgência e emergência, rede de atenção psicossocial, rede de atenção às doenças e condições crônicas. A organização das RAS no que os participantes denominam de “nova proposta” é algo recente. Os gestores indicam que ela vem sendo estruturada há cerca de dois anos – de 2013 até a atualidade, que condiz com a atual gestão municipal de Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra (PROS) –. Todavia, os participantes indicam que a rede cegonha surgiu antes das demais e começou a ser operacionalizada em 2011.

Aqui no município de Fortaleza nós fizemos um planejamento estratégico, em que identificamos os principais problemas epidemiológicos do município e a partir disso a gente elegeu quatro redes prioritárias. Não quer dizer que não vá trabalhar com as outras, mas se tiver poucos recursos a maioria vai ser para essas (Gestor 5).

Mas eu falaria que seria só mais justo que rede materno-infantil começou em 2011, então, não faz 2 anos, tem um pouco mais de tempo diferentemente das demais. Foi quando começou a rede cegonha no Brasil, então, assim ela veio como rede mesmo

exigindo uma estruturação do município, do município de Fortaleza (Encontro de negociação, gestores).

O primeiro ponto que a escolha dessas redes prioritárias nos leva a refletir é o porquê de a rede de cuidado à pessoa com deficiência não estar entre elas, tendo em vista que o Ministério da Saúde elencou cinco. Conforme o Gestor 5 informa, essas quatro surgiram como demanda mais emergente após a realização de um planejamento estratégico em que foram pautados os principais problemas epidemiológicos do município.

Mesmo anteriormente a institucionalização do SUS, diante da fragilidade das ações do Estado brasileiro, algumas iniciativas foram realizadas pela sociedade civil – em especial os movimentos sociais em defesa da pessoa com deficiência. Essas intervenções tomaram rumos distintos, algumas delas obtiveram êxito com relação aos seus intentos e outras não. Alguns serviços isolados e portarias, como é o caso das portarias de Saúde Auditiva (2004), Assistência à Pessoa com Deficiência Física (2001) e Assistência à Pessoa com Deficiência Visual (2008) não obtiveram interface consistente com o SUS (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Em se tratando das políticas de assistência a pessoa com deficiência de um ponto de vista não somente setorial, houve diversos avanços, como é o caso das portarias referidas no parágrafo anterior, assim como a inserção da rede de cuidados à pessoa com deficiência enquanto uma das cinco prioritárias. No entanto, muitas dessas iniciativas não contam com um financiamento adequado, nem tampouco com um sistema de regulação minimamente adequado, que são fatores determinantes para que sejam desenvolvidas ações de maior eficácia e eficiência (CAMPOS; SOUZA; MENDES, 2015).

Em um discurso um tanto otimista, Campos, Souza e Mendes (2015) reiteram o caráter lateral e secundário que a saúde da pessoa com deficiência ocupou no SUS até a incorporação dessa nova rede como prioritária. No entanto, ao menos no caso de Fortaleza, essa não priorização continua. Vale lembrar que há uma justificativa para essa não inserção dessa rede como prioritária, porém precisamos reconhecer como um limitante por conta do escopo desse estudo, a incapacidade de afirmar se é uma explicação plausível ou não.

Para além do debate do porquê determinada rede foi escolhida como prioritária e outras não, o fato é que os gestores compreendem que a APS possui a função de coordenar as redes temáticas; e dentre elas, devem priorizar a rede cegonha, a rede de atenção psicossocial, a rede de atenção às condições crônicas e a rede de atenção às urgências, o que não exclui necessariamente as demais. Os trabalhadores, assim como os gestores, não foram questionados diretamente sobre quais são as redes prioritárias, mas possuem a peculiaridade de não ter tratado desse assunto, o que pode ser resultante do desconhecimento deles sobre quais são essas redes;

que por sua vez, pode representar a forma como elas vêm sendo construídas (se verticalizadas ou horizontalizadas). Outra possibilidade, pode ser a visão micro sistêmica dos trabalhadores, que não observam as redes em seu contexto de trabalho.

Destacamos, diante desse contexto, que o modelo de atenção que vem sendo desenvolvido em Fortaleza tem como estratégia a priorização dessas quatro redes. É consenso, inclusive entre os dois grupos de interesse, que essa proposta ainda está em construção e apresenta diversas falhas. No entanto, precisamos pontuar o caráter de justificação por parte dos gestores – ao apontar que a fragmentação do cuidado é algo histórico - e o viés de desapontamento quanto aos trabalhadores. Em síntese, para os gestores as redes estão se estruturando e para os trabalhadores, em muitos pontos houve um retrocesso.

Não vejo a ESF participando das redes de saúde do município não. Eu vejo de modo isolado, cada uma faz seu trabalho, as vezes quando um ou outro precisa, entra em contato, mas que haja esse intercâmbio entre as redes de saúde não existe. [...] eu vejo a ESF sozinha, fazendo o que é possível ser feito na unidade de saúde do município. O quadro de profissional faz a sua parte dessa não articulação, porque até as vezes dentro da própria equipe de saúde da família não há tanta interação entre os profissionais, entre o agente de saúde, enfermeira, o técnico, o médico, o dentista. Não vejo tanta interação assim não, do modo como está hoje, já houve, já foi melhor, hoje eu não vejo essa integração entre as equipes e nem entre as redes não (Trabalhador 4).

Historicamente é como se essa função (da coordenação da atenção) tivesse descolada da ESF. Contudo todo esforço que nós estamos fazendo neste momento é para fortalecer esse ponto principal da rede que é onde está a ESF, para que ele seja de fato coordenador e ordenador das redes e, portanto, coordenador e ordenador do cuidado (Gestor 4).

O discurso do Gestor 4 apontam para uma estratégia de organização ainda em processo inicial de implantação, portanto, ainda não está operando plenamente; enquanto para os Trabalhador 4, a articulação entre a APS e as RAS que já não era adequada e piorou ainda mais. A argumentação do grupo de interesse dos trabalhadores para fundamentar essa afirmação, que condiz com as características do modelo de atenção à saúde atualmente praticado, é de que a organização dos serviços de saúde está fortemente centrado na doença e na demanda espontânea, em detrimento das necessidades de saúde da população, uma vez que alguns deles indica, inclusive, que não há mais ESF.

O reconhecimento do grupo de gestores de que muito ainda se tem a avançar é algo importante, afinal, de fato, não tem muito tempo que o “novo modelo” vem sendo implantado. Destacamos, assim, a insatisfação dos trabalhadores com essa proposta, que já trazem uma argumentação mais robusta no sentido da crítica. Tendo em vista isso, antes de partir para os elementos do modelo de atenção à saúde que foram destacados por ambos os grupos de

interesse, faremos uma discussão sobre as principais argumentações dos trabalhadores quanto a sua visão sobre esse modelo de atenção.

## 6.2 MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE DE FORTALEZA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: COM A PALAVRA, OS TRABALHADORES EM SAÚDE

A insatisfação dos trabalhadores acerca das recentes mudanças no modelo de atenção à saúde emerge como um dos pontos centrais nas discussões e na nossa observação em diário de campo. Categorizam, inclusive, em “modelo antigo” e “modelo atual”, em que consideram que houve um retrocesso. Apreendemos uma realidade de desapontamento no cotidiano das práticas da ESF, com o indicativo de que o novo modelo organizativo da APS não alcança os anseios dos trabalhadores, que consideram:

[...] prazeroso se trabalhar na atenção pública, mas do jeito que era o modelo antigo e não nesse modelo atual (Trabalhador 1).

[...] a questão do PSF, a gente não executa como executava há um tempo atrás. Mudou muita coisa. Mudou o tempo de atenção e o modo de atenção. Hoje em dia a gente está mais na questão curativa literalmente, a questão de promoção e prevenção, fica muito reduzido pelo tempo e pela atenção (Trabalhador 7).

Destarte, compreendemos que o debate sobre os modelos de atenção à saúde permeia propostas distintas. Teixeira e Vilasbôas (2014) sistematizam as características dessas propostas, dentre as quais evidenciam dois deles como hegemônicos, quais sejam: o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitarista. Acrescentam, ainda, algumas propostas de mudança aos modelos de atenção elaborados nas últimas três décadas, tais como: a proposta dos distritos sanitários; a oferta organizada/ações programáticas de saúde; a vigilância da saúde; o acolhimento/clínica ampliada; e a saúde da família.

Dentro dessa análise, apreendemos que a visão dos trabalhadores acerca das ações que eram desenvolvidas antes da implementação do “novo modelo”, se distanciavam dos modelos hegemônicos supracitados. Eles indicam que as atividades realizadas no serviço não centradas em doenças, em especial as ações programáticas, passaram a ser realizadas com maior fragilidade ou, até mesmo, que deixaram de ocorrer. Discorrem, ainda, que o modelo de atenção vem se direcionando à perspectiva médico-assistencial centrada na doença, e não no sujeito. Assim, os trabalhadores apontam que:

Era para ter o planejamento familiar, essas coisas tudinho. Tem uma vez perdida, mas com essa nova gestão, quebrou o foco, mas era para a gente acompanhar desde o pré-

natal, o nascimento do bebê, que é a puérpera, a enfermeira era para acompanhar a criança até os dois anos, aí depois de dois anos não tem o acompanhamento com o médico, com o enfermeiro, não tem nada, só tem quando está doente (Trabalhador 2, 12/02/2015).

Porque o posto de saúde, o maior propósito dele é o que trabalhar a questão preventiva, e, no entanto, atualmente, a gente está trabalhando praticamente com a questão curativa, ou seja, o paciente que está sendo acometido primeiro para depois ser tratado. Porque o paciente que passa seis meses sem oportunidade de estar com o médico, quer dizer, ele está tomando a medicação, mas como é que ele vai saber se a medicação realmente está funcionando? Ai as vezes quando chega aqui ele está descompensado, porque? Porque ele está tomando uma medicação, ou teria alguém que ter dado a dosagem, ou ter até mesmo trocado de substancia, e, no entanto, como não está tendo esse acompanhamento bem de perto, sua situação de saúde está se agravando (Trabalhador 9).

O discurso dos trabalhadores deixa claro que o modelo de atenção à saúde com foco na doença passou a ser ainda mais hegemônico a partir dessa proposta nova. A assistência com base no binômio doença e cura faz com que as propostas de mudanças desse modelo tenham um retrocesso. Em estudo realizado na zona norte do Rio de Janeiro, por exemplo, ao atribuir os significados do apoio matricial<sup>21</sup> para os profissionais de saúde, foi identificado como principais dificuldades para a implantação dessa proposta a predominância do modelo biomédico, centrado na doença. Isso fragiliza a concepção de Clínica Ampliada, as prerrogativas da promoção da saúde, além de se apresentar como motivo fundante para a fragmentação do cuidado (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

Merhy (1998) se posiciona contrário à clínica pautada somente no diagnóstico, prognóstico e cura. Para ele, os problemas de saúde vão bem além da disfunção biológica. Tendo em vista isso, traz uma forte crítica sobre a formação em saúde com foco na especialização em determinada parte biológica do corpo, que, por vezes, inviabiliza a visão do todo. Em nosso caso, os trabalhadores apresentam o discurso que compreendem a saúde “para além das questões biológicas”, embora argumentem, com base em suas vivências, que a forma como as práticas vêm se organizando é com foco na doença.

Assim, algumas propostas alternativas ao modelo biomédico surgiram. Um deles é o modelo em defesa da vida, que tem o acolhimento como diretriz operacional. A mudança ou inclinação para esse modelo envolve o deslocamento do cuidado médico-centrado para uma equipe multiprofissional, que é a equipe de acolhimento. Além disso, qualifica a relação entre o trabalhador e o usuário, no sentido de promover uma assistência usuário-centrada, na qual o trabalhador se encarrega da escuta e da resolução do problema de saúde. Desse modo, os

---

<sup>21</sup> Tecnologia leve que faz parte da proposta de modelo de atenção contra-hegemônico, pautado no acolhimento e na clínica ampliada.

processos de trabalho pautados na lógica de identificar sinais e sintomas é modificada. Esse vínculo entre os diversos atores ocorre com base em parâmetros humanitários, que envolvem solidariedade e cidadania (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Vale ressaltar que, algumas dessas características possui imbricação nos serviços de saúde de Fortaleza. O descontentamento por parte dos trabalhadores indica que, quando outrora o sistema de saúde do município era organizado, sob a perspectiva da diretriz organizacional da Clínica Ampliada e do acolhimento, embora timidamente, havia uma maior busca por romper com o modelo biomédico. Quando organizados nessa lógica, os trabalhadores tinham mais “espaços” para apresentar suas reivindicações, preocupações e questões, como era o caso das reuniões fundamentadas no método da roda.

Seriam essas premissas contrárias aos interesses dessa proposta que vem sendo implementada em Fortaleza? O que se tem pensado para esse cenário modelo é realmente o gerencial hegemônico? O discurso dos trabalhadores, assim como as observações registradas em diário de campo, segue nessa direção verticalizada.

Toda sexta-feira a gente tinha roda. Aí tinha uma sexta-feira por mês que a gente estudava o que estava acontecendo, a questão do sarampo epidemias a gentes estudava, na outra sexta-feira que não era a roda pedagógica a gente fazia uma reunião por mês com todo mundo. A gente tinha reunião, tinha comemoração, tinha festinhas. A gente tinha planejamento. Éramos uma família. Agora ninguém sabe mais nada, nem o nome da gente, dos aniversariantes agora ninguém sabe mais nada, acabou. (Encontro de negociação, trabalhadores).

Conforme podemos observar nas informações empíricas, os espaços de roda realmente não estão mais acontecendo. Destarte, ocorriam encontros entre as equipes apenas para que essa possa preencher os formulários referente à alimentação dos sistemas de informação. Além disso, observamos que acontecem algumas reuniões pontuais para tratar de procedimentos relativos ao modelo de atenção, como por exemplo, a relação entre a UAPS e a unidade de referência.

De acordo com o estudo de Amorim, Assis e Santos (2014), realizado com equipes de Saúde da Família do recôncavo baiano, esses encontros em equipe – que os trabalhadores do presente estudo apontam não estar mais ocorrendo - tem por objetivo planejar ações na área de atuação da equipe, e podem envolver demandas apreendidas nas comunidades, planejamento das ações programáticas, atividades de educação em saúde, controle social, entre outras. Ou seja, permite que os trabalhadores sejam potencialmente sujeitos, agentes de transformação. A inoperância desses encontros, conforme identificado pelos trabalhadores, tem feito com que as

equipes de Saúde da Família reproduzam um modelo de atenção à saúde centrado nas causas imediatas.

Diante disso, nossa pesquisa passou a ser uma das poucas possibilidades de “dar voz” aos trabalhadores. Outras duas perspectivas são a reunião do Conselho Local de Saúde (CLS) e algumas reuniões pontuais organizadas pela SMS. Participamos de algumas das reuniões promovidas pela secretaria. Nesses espaços, são apresentadas algumas características relativas à proposta organizacional e em momentos pontuais, é permitido aos trabalhadores expor algumas das problemáticas existentes. Vale ressaltar que, tanto a realização de uma pesquisa como é o caso dessa, quanto as reuniões da SMS, não têm uma continuidade e restringem a participação a poucos profissionais; além disso, as reuniões do CLS ocorrem somente uma vez por mês, e não conta com a participação de muitos dos sujeitos.

Importante frisar que, a ocorrência de encontros denominados de “roda”, não implica necessariamente em uma mudança de paradigma. Em Sobral, Ceará, por exemplo, há certa tradição no que se refere aos encontros das equipes serem fundamentados no método da roda<sup>22</sup>. De acordo com o estudo de Ponte (2013), podemos afirmar que, apesar de toda essa base epistêmica de cogestão presente no cenário desse município, o modelo autoritário e verticalizado ainda impera. Assim, até ocorre um debate, mas a tomada de decisão, findado o debate, permanece por favorecer os interesses da cúpula da direção (PONTE, 2013). Tendo em vista a ausência de espaços de planejamento de equipe em Fortaleza, é importante discutir como está organizada a oferta de serviços de saúde pelas equipes de Saúde da Família.

### 6.3 ORGANIZAÇÃO DA OFERTA DE SERVIÇOS PELAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA E SEUS DETERMINANTES

Do ponto de vista da organização do acolhimento aos usuários, o modelo de atenção à saúde que vem sendo implantado em Fortaleza, se operacionaliza a partir da concepção das condições de saúde. Dentro dessa proposta, conforme já aprofundado no referencial teórico desse estudo, a tipologia “doenças transmissíveis” e “doenças crônicas não transmissíveis” não são mais suficientes no que se refere a nortear a organização dos serviços de saúde. Partindo dessa premissa, os serviços são organizados de determinada forma para contemplar as demandas do usuário acometido por uma condição aguda, e de outra maneira para aqueles que estão com uma condição crônica. Em síntese, as condições agudas são aquelas em que a atenção

---

<sup>22</sup> Pude constatar essa informação no período em que vivenciei o Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família nesse cenário (entre 2012-2014).

requerida é episódica, como é o caso das ações de acolhimento à demanda espontânea; já as condições crônicas, são aquelas em que existe a necessidade de uma continuidade maior, como por exemplo, a gestação (MENDES, 2011). Essas informações são reiteradas pelos gestores:

[...] o acolhimento é para você tentar ver se aquela pessoa tem ali uma condição aguda ou uma condição crônica, se ele tiver uma condição aguda ele pode ser atendido na hora, se ele tiver uma condição crônica ele vai ser agendado uma consulta com ele, por exemplo, se ele for um hipertenso e tiver em uma condição aguda ele é atendido e é programado um atendimento para ele que é a diferença entre atenção né de pacientes agudos e atenção programada. O que a gente está fazendo hoje nas unidades é uma organização de todos os processos de trabalho, o que a gente vê territorialização, prontuário eletrônico, agendamento bem balanceado entre atenção a problemas agudos e atenção a problemas crônicos, estratificação desses crônicos (Gestor 5)

A SMS ela tem trabalhado com uma consultoria, que é do Eugênio Vilaça, então eles trabalham tanto da classificação de risco para atendimento das condições agudas, que no caso a gente utiliza protocolo do caderno 28 do Ministério da Saúde e a gente também está trabalhando com a estratificação de risco das condições crônicas, inicialmente pelos quatro grupos das quatro redes prioritárias (Gestor 2)

Dentro dessa lógica de organização dos serviços de saúde em Fortaleza, conforme evidenciado no discurso do Gestor 5 encontramos como forma de operacionalização das condições crônicas, o Modelo de Atenção às Condições Crônicas<sup>23</sup>, postulado por Mendes (2011). Já para as condições agudas, as orientações constam no número 28 da série “Cadernos de Atenção Básica” do Ministério da Saúde, que tem como título “Acolhimento à Demanda Espontânea”, conforme reiterada o Gestor 2.

O cenário de Fortaleza é permeado por contribuições de diversos modelos de atenção à saúde, e com a recente implantação das propostas baseadas nas condições de saúde, acabou (intencionalmente, ou não) resultando em um retrocesso de alguns deles, como é o caso do método da roda destacado pelos trabalhadores. Isso não quer dizer que a atual proposta de estruturação das redes de atenção e as “rodas” da unidade de saúde não possa coexistir, o que remete a pensar que foi, realmente, uma decisão política.

Na realidade, a operacionalização da proposta de redes fundamentada em Mendes (2011), se encontra distante de sua própria concepção/essência em relação a alguns pontos. Dentre essas diferenças, vale aqui ressaltar a má distribuição da oferta de serviços na agenda das equipes de Saúde da Família em relação às demandas de condições crônicas e de condições agudas. Por conta disso, há um dissenso em relação à afirmação do Gestor 5, quanto indica que a atenção as condições agudas estão bem balanceadas em relação as condições crônicas.

---

<sup>23</sup> Esse modelo é descrito no referencial teórico desse estudo.

Entendemos que há no SUS uma hegemonia dos sistemas fragmentados de atenção à saúde, e um dos principais condicionantes para isso é o modelo de atenção voltado prioritariamente para a atenção às condições agudas e aos eventos agudos das condições crônicas (MENDES, 2011). Mendes (2012) afirma que o SUS está excessivamente voltado para o atendimento às condições e aos eventos agudos, o que faz com que a atenção esteja fortemente inclinada a demanda espontânea em relação à atenção programada. Isso contraria o que o (a) Gestor 5 argumenta, ao falar que a atenção está “bem balanceada”. Essa afirmação, por parte do (a) Gestor faz sentido se pensarmos do ponto de vista que ele (a) realiza esse trabalho com a colaboração de uma consultoria coordenada pelo próprio Mendes, que na verdade, se posiciona contra o excesso de atendimento a demanda espontânea e inclusive propõe um modelo de atendimento as condições crônicas para o SUS.

Entretanto, os resultados mostram que as poucas ações que existiam destinadas a atenção programada, sofreram uma redução a partir do processo de implantação da “nova proposta”. Encontramos, então, uma discrepância significativa no modelo teórico-metodológico adotado para implantação das redes em Fortaleza e a realidade. Esse é um dos pontos em que as reivindicações dos trabalhadores são mais veementes. O fato da argumentação dos trabalhadores ser identificado também nas vivências de observação participante, é torturante para pesquisadores sanitarietas.

Então a gente tem que saber e diferenciar a ESF de uma UPA. Uma UPA, Unidade de Pronto Atendimento é uma coisa, e Estratégia Saúde da Família é outra. Então, eu vejo que a ESF foi prejudicada. Ele quer aumentar uma, ele quer quantificar, aumentar o número de atendimentos e a longo prazo isso aí vai exatamente elevar esse problema lá para dentro da atenção secundária. Porque Atenção Primária ela morreu, ela está morrendo, então a Atenção Primária é um anteparo. Ela que fecha essa questão para poder diminuir a quantidade para a atenção secundária. Então, se eu estou matando aos poucos a atenção primária, a longo prazo, isso é um problema (Trabalhador 1).

O Trabalhador 1 resume bem os motivos de insatisfação do grupo de interesse em relação a atual organização da APS em Fortaleza. Indica que o sistema de saúde está amplamente voltado para as condições agudas e a agudização das condições crônicas. Com isso, o paradigma do modelo hegemônico, centrado na doença e na cura biológica, progride fortemente. Esse sujeito, inclusive, traça uma correlação entre a ESF e uma UPA – que esse sim precisa ter seus processos de trabalho centrado na demanda espontânea.

A UPA integra a rede de urgência e emergência e deve estar como campo intermediário entre a APS e a rede hospitalar. Conforme o seu próprio nome sugere, trata dos casos em que os usuários necessitam de um “pronto atendimento”, ou seja, não tem como objetivo prioritário

o atendimento as condições crônicas. Esse dispositivo lida com algumas dificuldades, tais como a insuficiência da APS, sucateamento físico da estrutura hospitalar, escassez de leitos na Unidade de Terapia Intensiva, a fragmentação da rede, a transferência da gestão dessas unidades para organizações sociais entre outros (KONDER, 2013).

Dentre essas problemáticas enfrentadas pela UPA, destacamos a não resolutividade por parte da APS. Importante mencionar que, a APS realizar somente ações de pronto atendimento, acarreta no agravamento concomitante das condições crônicas, que por sua vez gera consequências desastrosas para os demais pontos de atenção. Desse modo, não faz sentido pensar que ao intensificar exclusivamente esse tipo de atendimento na APS, e ao mesmo tempo não priorizar as condições crônicas, fará com que o sistema de saúde seja eficiente.

A descaracterização da ESF como dispositivo de atenção resolutiva e coordenadora do cuidado ao longo de toda a rede de atenção acarreta em uma produção social de complicações que poderiam ser evitadas. Uma solução para isso seria um sistema com ênfase em ações promocionais e preventivas e que ofereça uma atenção proativa, contínua integrada (MENDES, 2012). Tendo em vista que o modelo proposto para Fortaleza se fundamenta também nesse pressuposto, reiteramos que, nesse ponto, há discrepância entre o referencial teórico-metodológico e a prática. Essa situação piora, uma vez que a baixa oferta de serviços direcionados às condições crônicas possuem forte ligação com a longitudinalidade do cuidado e o vínculo entre os trabalhadores e os usuários.

[...] nós tínhamos um vínculo com o território, a ACS sabe disso, o [...] sabe porque ele já foi do PET, eles tinham um vínculo bem estreito com o território a gente conhecia os nossos usuários, então, a gente tinha essa atenção. E aí a gente perdeu totalmente esse vínculo, a gente passou a ser quase uma demanda espontânea diariamente [...] desde o primeiro mês que se instaurou esse novo modelo, o que é que acontece nós estamos aí com três anos de gestão já né - três anos de gestão! (Encontro de negociação, trabalhadores).

A gente sabe que também um dos pilares da ESF é a questão da demanda programada. Então hoje a gente fez uma inversão dessa atenção. Não no sentido otimizado do contexto, mas no sentido mesmo de reversão ao modelo antigo, uma forma mais, assim, arcaica de se ver a ESF, porque na hora que a gente perde o vínculo e a adesão a gente não tem mais a noção de território, a gente não consegue lidar com aquela clientela. Então a questão das visitas estão quase todas apagadas, a maioria dos Médicos não fazem. A questão mesmo dos outros programas que a gente tinha, o das doenças crônicas. Até a questão da coordenação da epidemiologia, hoje é uma coisa quase esquecida. A puericultura, a prevenção do câncer, por exemplo, vai fazer quase três meses que não se faz, aqui. Como é que a gente pode pensar na ESF sem coisas básicas como prevenção do câncer de colo uterino? (Trabalhador 1).

Para iniciar essa discussão, recorreremos ao discurso dos trabalhadores para argumentar que a forma como a organização dos serviços de saúde das equipes de Saúde da Família está,

acarreta em redução significativa do vínculo<sup>24</sup>, partindo do fato de que grande parte da carga horária dos trabalhadores se direciona ao atendimento das condições agudas. Mas a rigor, o que é vínculo? O vínculo faz parte do campo das tecnologias leves em saúde, as quais os profissionais de saúde utilizam para realizar a clínica. Essa clínica se baseia em um jogo entre necessidades de saúde e modos tecnológicos de agir. Nesse sentido, se encontra indissociado do acolhimento e da responsabilização. Uma premissa básica para que os processos de trabalho se operacionalizem dentro dessa lógica, é um trabalho clinicamente implicado e centrado no usuário (MERHY, 1998). Diante disso, encontramos que o modelo de atenção à saúde desenvolvido em Fortaleza não é um disparador desses processos, tendo em vista que os discursos apontam para uma manutenção/retrocesso ao modelo centrado na doença.

Para uma melhor compreensão desse cenário, é importante resgatarmos algumas informações presentes em alguns discursos – em especial, do grupo de interesse dos trabalhadores – que também se fizeram presente nas observações de campo: Os trabalhadores responsáveis em determinado dia para atendimento das condições agudas na ESF, não se responsabilizam apenas pelos casos de seu território adscrito, mas sim por todo e qualquer usuário que demande esse cuidado, inclusive aqueles que não integram o território de nenhuma das equipes de Saúde da Família daquela UAPS. Além disso, a ampliação da carga horária<sup>25</sup> de funcionamento da unidade de saúde, agora com oferta de serviços de 12 horas por dia (que antes eram oito), faz com que o trabalhador não esteja todos os dias; e quando está, ele (a) não fica de 7 às 13 em determinado tipo de atendimento – demanda espontânea ou ações programáticas - e de 13 às 19 em outro, na verdade ele (a) estará apenas em um desses dois horários (7 às 13 ou de 13 às 19). Por conta disso, quando o usuário conhece os membros da equipe responsável pela área a qual sua residência faz parte, não sabe quais dias ou turnos poderá encontra-los. Vale ressaltar que em algumas UAPS já houve o terceiro turno – turno noturno -, mas foi uma política em que não teve continuidade.

---

<sup>24</sup> Antes de discutir a argumentação dos sujeitos, é preciso diferenciarmos o que os sujeitos desse estudo compreendem por vínculo e vinculação. Quando falam em vínculo, se referem a relação profissional-usuário, que ocorre nas práticas cotidianas; ao cuidado longitudinal do usuário, com o conhecimento das peculiaridades da família e das potencialidades do território, dentre outras questões. Vinculação, diz respeito ao processo de articulação entre a UAPS e as unidades de referência de determinada RAS. Com isso, a gestante, por exemplo, já sabe qual será a unidade de referência em que realizará seu parto, a partir da coordenação da atenção e corresponsabilidade da APS, ou seja, ela já possui uma vinculação; por outro lado, o fato de a equipe de Saúde da Família já conhecer previamente os determinantes sociais da saúde dessa gestante, tais como sua condição de vida, entre outros, nesse caso, existe o vínculo. A questão da vinculação, foi aprofundada na subseção “*Onde os pontos de atenção se articulam (?)*”

<sup>25</sup> A ampliação da carga horária é uma temática transversal a diversas outras, todavia essa questão é aprofundada no capítulo sobre o processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde.

Essa equação desequilibrada entre condições agudas e condições crônicas impacta fortemente na questão do vínculo. A atenção à demanda espontânea é aquela que, em geral, centra-se na queixa conduta, e por conta disso, a clínica se inicia com uma pergunta sobre o que a pessoa está sentindo ou sobre qual é o seu problema. A atenção programada corresponde às condições crônicas, que tem por base um plano de cuidado, construído a partir do diálogo entre o profissional e o usuário – logo, é onde o vínculo se faz ainda mais presente, pois trata-se de um cuidado contínuo (MENDES, 2012). Ora, mas se dificilmente os atendimentos voltados para as condições crônicas ocorrem, como estabelecer esse diálogo?

Acontece que, quando o sistema de saúde é ineficiente em relação às condições crônicas, essas culminam com a situação de agudização, como é o caso de um hipertenso “descompensado”. O trabalho da APS pautado nas consequências e não nas causas repercute a médio e longo prazo fortemente nos outros pontos de atenção e até mesmo na própria atenção primária. É algo inerente ao modelo biomédico hegemônico, que inclusive já existia em Fortaleza, e os resultados apontam que se agravam a partir da implantação da atual proposta de organização da ESF. Seria também ingênuo de nossa parte, achar que o problema da não resolutividade da APS é meramente o excesso de atendimento das condições agudas, quando na realidade o problema do SUS é sobretudo de ordem política.

No que se refere à questão do vínculo, é possível encontrarmos realidades distintas se observarmos as diversas experiências brasileiras. Essa tecnologia foi objeto de estudo em um estudo na comunidade da Rocinha, Rio de Janeiro, a partir do ponto de vista dos trabalhadores sobre sua relação com os usuários com tuberculose. Nesse caso, foi identificado que 95,15% dos 145 profissionais de saúde entrevistados responderam que essas pessoas são atendidas sempre pelos membros de sua equipe de Saúde da Família. Além disso, todos indicaram que realizam busca-ativa caso o usuário não compareça no dia da consulta ou na data de receber a medicação (SOUSA, 2015).

Apesar de ser um contexto diferente de Fortaleza e de nesse estudo os usuários não terem sido ouvidos, os achados em nosso estudo apontam para uma fragilidade dessa identidade entre o profissional e usuário, aqui chamada de vínculo. Isso é reafirmado no encontro de negociação dos trabalhadores, em que nos deparamos com a total reprovação quando expus que um dos sujeitos indicou que, em algumas situações, como por exemplo a entrega da confirmação de algum exame por parte do ACS e o comparecimento desse usuário ao local de realização do exame, o vínculo existe. Ao trazer essa informação para o encontro de negociação dos trabalhadores, eles foram incisivos em direção ao consenso: *“Não existe mais. Quando ela falou talvez existisse, porque não existe mais ((várias pessoas repetindo a mesma coisa))”*.

Mantovani et al. (2015) retomam a concepção da família como objeto precípua da atenção. No estudo desses autores, a representação social dos profissionais das equipes de Saúde da Família, apontam para a família como referência para a proteção social e emocional, assim como a “base” para a proteção de seus membros e lugar de refúgio. A constituição do vínculo entre a equipe de Saúde da Família e os usuários é importante também para que se possa compreender o contexto e os seus condicionantes no sentido de viabilizar que a clínica centrada somente na cura seja superada. Esse entendimento terá facilidade de ser alcançado desde que os profissionais se empenhem no conhecimento do território e da população. Desse modo, os processos de trabalho não se operacionalizam restritos (ou amplamente dedicados) ao ambiente da assistência as enfermidades.

A partir de uma análise dos processos de trabalho na ESF, foi identificado que as práticas centradas na doença são mais recorrentes no fazer dos profissionais médicos (AMORIM; ASSIS; SANTOS, 2014). Como podemos observar, no contexto de Fortaleza, esse modelo também foi sendo incorporado pelas outras categorias profissionais, embora conte com forte resistência e insatisfação dos mesmos. A partir dessa forma de organizar a oferta de serviços na agenda das equipes de Saúde da Família amplamente direcionada às condições agudas, é importante discutir como ocorre a coordenação das redes de atenção por parte da APS.

#### 6.4 ONDE OS PONTOS DE ATENÇÃO SE ARTICULAM (?)

Nessa sessão discutiremos a compreensão dos grupos de interesse sobre a articulação da APS sobre os diversos pontos de atenção das RAS de Fortaleza. Diante da situação encontrada, essa subseção é nomeada em título que traz uma dubiedade: Apresentamos onde os pontos de atenção se articulam; e ao mesmo tempo refletir – há articulação efetiva? O discurso dos participantes permeia diversos elementos da rede, todavia, aprofundam o debate naquilo que é mais pertinente ao seu contexto. Logo, ao mesmo tempo que enfatizam determinado ponto, deixam de levantar questões sobre outros. Nesse sentido, as argumentações aqui sistematizadas e interpretadas possuem foco específico na organização dos fluxos e contrafluxos das RAS, seja de informações, produtos ou pessoas.

Dentre os diversos rumos que essa temática possa engendrar, os sujeitos tiveram como foco os sistemas de apoio e sistema logístico, em que houve um direcionamento a questão do prontuário eletrônico implantado a partir da gestão municipal atual; a referência e contrarreferência, enfatizando algumas problemáticas e estratégias que vem sendo tomadas para

aprimorar esse sistema, dentre as quais aprofundam a vinculação as unidades de referência e a estratificação de risco das condições crônicas.

#### **6.4.1 Sistemas de apoio e sistemas logísticos: o prontuário eletrônico entra em cena**

Para o funcionamento das RAS no contexto desse estudo, os gestores consideram como uma das premissas básicas o bom funcionamento dos sistemas de apoio e sistemas logísticos. Pelo caráter construtivista, eles solicitam inclusive que a descrição desses sistemas seja realizada. Anterior a esse pedido um dos sujeitos me disponibilizou a referência de um dos livros de Eugênio Vilaça Mendes, reiterando que a SMS vem organizando as redes de atenção a partir desse referencial.

E você vai colocar o que é sistema de apoio e sistema logístico? Eu te dei a referência do livro do Eugênio, basta você observar aquela figura que já diz tudo. Isso é importante (Encontro de negociação, gestores).

Não, eu acho que quando você fala de redes você não pode esquecer do sistema de apoio, do sistema logístico porque em toda rede você tem que trabalhar com assistência farmacêutica, serviço de apoio diagnóstico, transporte sanitário, regulação certo, sistema de informação. Então, esses são os sistemas que, vamos dizer, dão suporte as redes [...] (Gestor 5)

Contemplando o pedido dos gestores que foi de inserir a delimitação de o que são sistemas de apoio e sistema logísticos nesse relatório, é importante antes disso resgatar onde esses se localizam no campo da proposta de organização dos serviços de saúde em pauta. A concepção de redes de saúde trabalhada em Fortaleza tem por base três elementos constitutivos: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde. A estrutura operacional, por sua vez, é constituída por cinco componentes: (i) a APS como centro de comunicação das redes; (ii) os pontos de atenção secundária e terciária; (iii) os sistemas de apoio: sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e os sistemas de informação; (iv) os sistemas logísticos: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde; o sistema de transporte em saúde; (v) e o sistema de governança (MENDES, 2011). Com base nisso, podemos afirmar que esses sistemas fazem parte do elemento constitutivo da rede denominado de estrutura operacional.

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes em que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. Assim, envolve três

sistemas: (i) O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico compreende uma centralização de unidades de processamento, por meio da integração horizontal dos laboratórios, com uma descentralização da coleta de exames para todas as unidades de atenção à saúde, em especial, para as UAPS. Engloba principalmente os serviços de realização de exames de diagnóstico, tais como as endoscopias, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, entre outros. (ii) O sistema de assistência farmacêutica, que envolve diversas ações relacionadas com os medicamentos. (iii) O sistemas de informação em saúde compreendem: os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde. Alguns exemplos de sistemas de informação que constituem a atual agenda do setor saúde são: Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), O Sistema de informações de agravos de notificação (SINAN), entre outros (MENDES, 2011).

Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, com suporte das tecnologias de informação, que permitem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS. Nesse sentido, permite um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações ao longo das redes. Como integrantes desse sistema, temos: (i) O cartão de identificação das pessoas usuárias, que é um instrumento que permite existir um número de cadastro para cada pessoa, a qual o sistema de atenção à saúde utiliza para realizar os devidos registros, que se encontrarão disponíveis a todos os pontos de atenção da rede; (ii) os prontuários clínicos, que podem ser parte de um sistema mais amplo de registro eletrônico de saúde; (iii) os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde, que envolve estruturas operacionais mediadoras da oferta e da demanda por serviços de saúde; (iv) e os sistemas de transporte em saúde, que buscam estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos (material biológico e resíduos dos serviços de saúde) nas RASs (MENDES, 2011).

Diversos pontos dos sistemas de apoio e sistemas logísticos foram tratados pelos sujeitos na construção das informações empíricas desse estudo, no entanto, muitas delas se encontram imbricadas fortemente com outras temáticas e por conta disso, diluídas em outras partes desse relatório. Aqui, agrupamos principalmente as informações relativas aos prontuários clínicos e timidamente sobre os sistemas de acesso regulado aos serviços de saúde, pois foram aqueles de

maior pertinência para os sujeitos na perspectiva desses sistemas. Provavelmente isso ocorreu pelo processo de transição do prontuário clínico, que na atual gestão municipal deixou de ser registrado em papel e passou a ser eletronicamente.

Como ponto de partida, destacamos a questão de sua operacionalização. Não houve consenso se realmente é positivo ou não, todavia o encontro de negociação apontou que os trabalhadores possuem uma inclinação para as facilidades proporcionadas por essa ferramenta. Desse modo, podemos observar nos discursos a seguir a discrepância entre as argumentações.

Bem, o prontuário eletrônico, apesar de ser uma tecnologia nova, essas coisas que a gente fica querendo automatizar, para serem mais rápidas, não está sendo do jeito como todo mundo gostaria. Às vezes, quando falta energia, a gente até prefere, porque torna as coisas mais rápidas, porque há muitas dificuldades para arrumar o computador. Não é falta de habilidade não, é porque as vezes o sistema cai, o mouse não funciona direito, a impressora não está legal (Trabalhador 6).

Eu vejo que essa questão aí do prontuário eletrônico facilita muito para todos os profissionais. Principalmente para o usuário. Eu vejo como ótimo e bem-vindo para a unidade e o usuário. [...]. Eu vejo como algo bom pela questão da rapidez, que o médico vai ter as informações, os profissionais. Eu vejo como uma boa opção para os usuários e para as equipes de profissionais (Trabalhador 8).

Com base nessas narrativas, podemos observar dois extremos. O Trabalhador 6, que prefere quando o sistema de prontuário eletrônico não está disponível, e por outro lado, a argumentação representada pelo discurso do Trabalhador 8, que indica facilidades identificadas a partir da implantação do prontuário eletrônico, principalmente no que se refere ao acesso a informações. Diante disso, observamos que a mudança no prontuário trouxe consigo algumas implicações.

Conforme destaca o Trabalhador 8, o prontuário eletrônico garante a constituição de memória dos procedimentos, com maior durabilidade. Essa informação reafirma os achados de Lunardelli, Tonello e Molina (2014), que complementam ainda que por meio dele, é possível comprovar todos os procedimentos (registráveis) realizados, que viabiliza o conhecimento do histórico do usuário, em diferentes contextos e regiões. Além disso, facilita o seu uso estatístico para pesquisas epidemiológicas, entre outros aspectos.

O fato de ser eletrônico pode representar uma redução de custos, tanto por eliminar a necessidade de papel, quanto por manter registros completos de todas as condutas realizadas; disponibiliza imediatamente um compartilhamento de informações em tempo real, entre os profissionais em diferentes pontos de atenção da rede; criam diversas possibilidades de extrair resultados. Em contrapartida, a sua operacionalização em papel, como ocorria em Fortaleza, faz com que essas informações estejam apenas em um lugar por vez; pode representar mais de um prontuário por usuário em diversos pontos da rede; além de implicar em problemas

logísticos de manuseio (MENDES, 2011). Justamente no que se refere ao manuseio, conforme já mencionado, não encontramos consenso entre os trabalhadores, assim como não nos deparamos com o prontuário plenamente integrado entre os pontos da rede.

A usabilidade do prontuário eletrônico possui correlação direta com o nível de escolaridade e com a existência ou não de capacitações sobre essa ferramenta. Os profissionais de nível superior apresentam maior facilidade para lidar com essa tecnologia em relação aos profissionais de nível médio. As principais dificuldades encontradas são as dificuldades de manuseio de ferramentas básicas, como editor de texto, por exemplo. Em geral, a maioria dos profissionais não passa por nenhuma formação nessa área (LAHM, CARVALHO, 2015). Embora com realidade diferente, por não possuírem dificuldade na operacionalização técnica do prontuário eletrônico, um trabalhador indicou que está fazendo um treinamento nessa área – “*A gente está passando por um treinamento*” (Trabalhador 7).

De acordo com o discurso apresentado pelo Trabalhador 6, a falta de capacitações, nesse caso, não foi uma problemática emergente, mas sim questões logísticas, como falhas na impressão e no sistema. Pereira et al. (2015) sugere que essa ferramenta ainda precisa ser aprimorada, para viabilizar uma melhor compreensão por parte dos profissionais. Indica ainda que existe resistência às mudanças provocadas pela informatização, por parte de alguns profissionais.

O prontuário clínico individualizado e em papel, dificulta a continuidade do cuidado (MENDES, 2011). Diante disso, vem sendo fomentado em Fortaleza uma integração em rede desses prontuários. O fato dele já ser eletrônico contribui para a não fragmentação do cuidado, pois em qualquer ponto de atenção da rede, seria possível observar os registros realizados. Todavia, embora já tenhamos prontuário eletrônico, o sistema não está plenamente integrado. O discurso dos gestores aponta que alguns pontos de atenção, a exemplo da UPA, ainda possuem prontuário eletrônico único para todo o sistema de saúde.

Pois é, mas ainda é uma fragilidade porque atualmente no município de Fortaleza tem um sistema de portal eletrônico que é maravilhoso, mas ele não está plenamente integrado com os outros sistemas de informação. Então, o paciente chega à unidade de saúde, tem todo o histórico registrado no prontuário e quando ele vai para um ponto secundário ou terciário os profissionais dos outros pontos não conseguem ter acesso às informações básicas. Isso não é interessante, a gente quer que esses sistemas dialoguem, que lá da unidade eu consiga ver o porquê ele passou na UPA e se ele chegar na UPA consigo ver qual foi a questão que ele teve na unidade de saúde. [...] quando era no papel, enquanto os pontos da região eles não se comunicarem, a referência fica fragilizada, porque vai depender do que? Do paciente. O paciente de levar e o paciente de trazer a resposta (Gestor 3)

O fato da APS comungar o mesmo prontuário eletrônico com os demais pontos de atenção, faria com que os profissionais tivessem acesso mais preciso as condutas e procedimentos as quais o usuário participou/foi submetido. Dentre outros motivos, essa é uma das principais argumentações do Gestores 3 ao apontar que a gestão municipal se esforça para que o prontuário atual possua esse caráter compartilhado.

A conectividade é um elemento pujante para que tenhamos a coordenação do cuidado pela APS eficiente e eficaz. Nesse sentido, é importante que todos os profissionais de saúde envolvidos com o usuário disponham das informações que necessitam. Desse modo, as equipes de Saúde da Família precisam saber que os especialistas dispõem das razões da referência e tenham informações necessárias para promover o cuidado; por outro lado, cabe aos especialistas promover as informações, as quais precisam ser acessíveis pelas equipes de Saúde da Família que referenciou. Isso pode ser viabilizado a partir da comunicação entre esses diversos atores, e também por meio de sistemas de informações potentes, em que há um sistema de referência eletrônico, como parte do registro eletrônico (MENDES, 2012).

O prontuário eletrônico integrado facilita a recuperação de dados de diferentes pontos e atenção, o que aumenta o tempo do profissional com o usuário, pois não se torna mais necessário o deslocamento para obtenção de documentos físicos em locais distantes (PEREIRA et al., 2015). Há alguns anos atrás, quando fiz parte desse mesmo cenário enquanto bolsista do PET-Saúde, pude comprovar que os trabalhadores da recepção (na época denominada de SAME) levavam os prontuários impressos até os trabalhadores, que por vezes precisavam também se dirigir até a recepção para buscar algum outro prontuário. Portanto, nessa perspectiva, de fato, há um avanço.

Já existem algumas tecnologias que, diferentemente do que encontramos em Fortaleza, possuem o potencial de integrar o prontuário eletrônico a todos os pontos de atenção das RAS, a exemplo do Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (GESCAD) que opera em Belo Horizonte e em Brasília. Esse instrumento possibilita a coordenação e a continuidade assistencial ao usuário em atenção domiciliar, sua família e o cuidador. Permite ainda a horizontalidade dos processos de trabalho das equipes de atenção domiciliar nos diversos pontos de atenção do SUS, o que fomenta ainda mais a função da APS no que se refere à gestão do cuidado. Ainda assim, esse sistema precisa de aprimoramentos, tais como sua extensão a todas as equipes multiprofissionais (PIRES et al., 2015).

O prontuário eletrônico está em processo de implantação em todo o território brasileiro, sendo que, em algumas localidades, como é o caso de Belo Horizonte e Brasília, esse percurso já está bastante avançado, mas conforme podemos identificar na literatura, ainda não se

encontra em sua plenitude. Embora os Gestores participantes de nosso estudo alertem para uma não integração total dessa ferramenta entre os diversos pontos de atenção, isso não se aplica quando direcionamos as diversas UAPS. O discurso dos trabalhadores indica que as atualizações no prontuário eletrônico, sejam elas realizadas em qualquer unidade de saúde da APS, pode ser visualizada em qualquer outra deste mesmo nível de atenção.

A moça do CIES - outra UAPS - que eu fiz agora a extração do dente de leite dela, eu abri eu sabia tudo o que ela fez, quando ela foi atendida, o que foi que ela pegou, é universal, é muito bom o prontuário. E só que não vai ver se for, por exemplo, de CAPS de atenção, outro nível de atenção. Mesmo assim, a questão da medicação dá também se você foi pegar o histórico se tiverem preenchido tem em todos os lugares, eu sei se ela tem alguma patologia, eu tenho acesso aos exames passados dela, os exames, hemogramas, tenho acesso a tudo. É quer dizer, assim fantástico muita coisa que deu certo mesmo foi esse prontuário eletrônico (Encontro de negociação, trabalhadores).

Sabendo dessa integração entre as UAPS - que por sinal condiz com a afirmativa dos trabalhadores em saúde, ao tratarem dos problemas de vinculação e população adscrita, ao relatarem que no atendimento à demanda espontânea atendem usuários de qualquer área - assim como da não integração entre os diversos pontos, nos instigou a buscar mais informações sobre esse cenário.

Identificamos que o sistema de prontuário eletrônico em operacionalização em Fortaleza faz parte da empresa curitibana *FastMedic® Sistemas de Gestão em Saúde*. Essa empresa possui diversos outros “produtos” além do prontuário eletrônico. Propõe-se que esse prontuário permita um gerenciamento de filas, melhor distribuição e aproveitamento de consultas, diminuição da repetição de solicitação de exames e encaminhamentos, além de ofertar um protocolo de atendimento para “Hipertenso, Diabético, Hanseníase, Mulher e Criança” (FASTMEDIC, 2015). Tendo em vista que esse sistema foi instalado apenas nas UAPS, os trabalhadores de outros níveis de atenção à saúde não possuem acesso. Não foi possível identificar o porquê de não ter sido implantado nos outros pontos de atenção e nem se isso é possível.

Apreendemos ainda que o Sistema de Informação da Atenção Básica (SISAB) foi implantado em Fortaleza desde o dia 01 de junho de 2015. Esse sistema vem sendo difundido por todo o Brasil por meio de uma estratégia do Departamento de Atenção Básica, denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). Foi instituído a partir da portaria nº 154 1.412, de 10 de julho de 2013 e substituirá gradativamente o Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) e outros sistemas (BRASIL, 2013b). Em Fortaleza, o prazo para a substituição do SIAB é dezembro de 2015.

Porém, o e-SUS não surgiu apenas com intuito de substituir o SIAB e outros sistemas, mas como ferramenta para informatizar e gerir de melhor forma as unidades de saúde. Operacionaliza-se por meio de dois sistemas de “software”: Coleta de Dados Simplificado (CDS) e o Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC). Assim, é provável o sistema de prontuário eletrônico da *FastMedic*® seja substituído pelo PEC, tendo em vista que esse sistema tem recursos muito semelhantes, além de ser disponibilizado gratuitamente pelo Ministério da Saúde. No contexto atual, nos prontuários *FastMedic*®, os trabalhadores são cadastrados por equipes de Saúde da Família. As informações inseridas por esses membros geram um relatório final, que é agregado ao e-SUS e conseqüentemente repassado ao Ministério da Saúde (BRASIL, 2013a).

Apesar da recente implantação, o e-SUS AB já se mostra importante no campo da informatização da APS no Brasil. Esse sistema permite o monitoramento contínuo de sua utilização, principalmente por meio dos dados estatísticos e numéricos consolidados mensalmente, portanto, contribuem fortemente no planejamento estratégico (CABRAL et al., 2015). Diante desse contexto, os Gestores reconhecem esses sistemas de informação como ferramenta importante para a gestão do sistema de saúde, para além do mero registro, mas também como forma de avaliação dos serviços e disparador de outras ações.

O prontuário ele visa exatamente facilitar o registro das informações e a partir dele eu extrair relatórios gerenciais que me permitam fazer uma leitura crítica do que eu estou fazendo. É uma ferramenta importante para a equipe, é uma ferramenta importante para o gestor, que deve analisar o quê que está acontecendo, como é que as equipes estão trabalhando. Buscar que informações eu posso extrair desse relatório para que eu possa melhorar meu processo de trabalho interno. [...] na gestão passada, eu extraí do sistema dos prontuários eletrônicos uma amostra e levei para uma neurologista examinar os encaminhamentos desta amostra. Quando ela leu, ela disse que 95% do que estava sendo encaminhado para o neurologista poderia ser resolvido na atenção primária. Aí perguntei se ela toparia fazer uma capacitação para os médicos da ESF que estão encaminhando, e ela topou e ela capacitou. [...] Então, ela traz uma informação para o gestor, para tomada de decisão, então, o gestor ele usa a ferramenta pra tomar a decisão, para analisar em cima daquela análise e tomar a decisão (Gestor 4).

Os discursos apontam para o prontuário eletrônico, assim como outros sistemas de informações, como ferramentas pujantes de gestão, principalmente no que se refere a propiciar subsídios para a qualificação da atenção. O Gestor 4 indica que a partir desses sistemas permitem o monitoramento e avaliação dos atendimentos. Além disso, relata um caso em que a informação emergente a partir dessas análises gerou um espaço de educação permanente, entre o Reumatologista, de um determinado ponto da rede de atenção e o médico da APS, em

que segundo o informante, culminou com ampliação significativa da resolutividade da atenção e redução dos encaminhamentos.

Destarte, os gestores atribuem ao prontuário eletrônico um sentido diferente: que é uma ferramenta de gestão dos processos de trabalho e não somente do cuidado. A capilarização do e-SUS pelos diversos municípios brasileiros, viabiliza uma maior organicidade desses processos, assim como a promoção de um sistema não fragmentado de saúde. Esse sistema condiz com a perspectiva de cuidado integral, tendo em vista que a continuidade assistencial da atenção é subsidiada pela construção e visualização de dados de modo contínuo, independentemente do ponto de atenção em que o atendimento foi realizado. O e-SUS possibilita, inclusive, o uso racional de recursos tecnológicos, especialmente em meios diagnósticos (CABRAL et al., 2015).

Tendo em vista esse caráter de apoio à gestão, as tecnologias da informação e comunicação, dentre as quais o prontuário eletrônico faz parte, já estão sendo utilizadas na auditoria em alguns serviços e categorias profissionais, como é o caso da enfermagem. Isso tem feito com que esse processo (de auditoria) seja mais fácil, ágil e preciso. Por conta disso, o domínio do uso da informática tem surgido como uma necessidade, principalmente entre os auditores (GROSSI; PISA, 2015). Outra possibilidade de prática emergente com o prontuário eletrônico é o fato dele ser passível de incorporação de ferramentas computacionais automatizadas, que podem auxiliar o especialista em seus diagnósticos, como é o caso das patologias da região laríngea, as quais a inclusão de um software que analisa o sinal de voz do usuário auxilia na concepção de um pré-diagnóstico (FUZYI; SILVA; BARBON JÚNIOR, 2015).

Cabe aqui refletir o grau de densidade das tecnologias que condiz com o projeto ético e político pensado para a APS. Quanto a essa questão, entendemos que não existe apenas um projeto para a APS, pois essa será fortemente influenciado com o modelo de atenção à saúde desenvolvido. Ao mesmo tempo, nos posicionamos favoráveis a práticas em saúde as quais a APS opera voltada para as tecnologias leves em saúde, tais como a clínica ampliada, o vínculo e a escuta qualificada. Não queremos com isso inferir que essas práticas não possam conviver com os sistemas de informação, mas sim que é importante que nenhuma delas se sobreponha.

Nesse sentido, se faz necessário que a leitura das atualizações nos prontuários não se sobreponha a escuta; que os indicadores epidemiológicos dos sistemas não excluam a concepção de território; que a agilidade no atendimento e a economia proporcionada não sejam os fins desses sistemas, mas sim o cuidado integral. Mendes (2015) propõe um adensamento tecnológico da APS, com a incorporação de novos profissionais e novas tecnologias. Essa

transição, caso ocorra, precisa ser minuciosamente acompanhada, de maneira que viabilize uma ampliação da resolutividade e integralidade da atenção. Ao mesmo tempo, reiteramos a necessidade do trabalho voltado para a micropolítica dos processos de trabalho inclinados a humanização da atenção, em detrimento de sua mecanização.

Diante desse cenário, é importante discutir como estão organizados os fluxos e contrafluxos das pessoas na rede; que propostas vêm sendo pensadas e implementadas no sentido de proporcionar um cuidado integral. Vale ressaltar, que o modelo proposto para Fortaleza tem como uma de suas principais características a organização dos serviços de saúde na lógica das redes temáticas.

#### **6.4.2 Linhas de fuga da fragmentação dos serviços: perspectivas de superação?**

É de se admirar que em um modelo de atenção à saúde, fundamentado principalmente na construção das redes de atenção, ainda opere uma política de manutenção da fragmentação do cuidado. Algo importante aqui encontrado é a conscientização por parte de alguns gestores e trabalhadores, de muitas das problemática existentes, o que já pode ser considerado um primeiro passo para sua superação.

Não obstante, o modelo preconizado para Fortaleza não se encontra implantado em sua plenitude e isso é facilmente identificado se observarmos o tempo verbal empregado pelos sujeitos, sempre como algo que está sendo (ou será) feito. Isso se torna ainda mais evidente se observarmos que essa perspectiva de superação das fragilidades, as quais em geral são construídas a partir do discurso dos gestores, com pouca ou nenhuma interface com a argumentação dos trabalhadores. Nesse sentido, se torna fácil inferir quais grupos fazem parte do planejamento dessas propostas.

Nesse contexto, algumas estratégias têm sido realizadas (ou planejadas/pensadas), no sentido de tentar promover RAS não fragmentadas. Todavia, por ainda não estarem consolidadas, não trazemos uma afirmação quanto a serem (ou não) perspectivas de superação. Os participantes, em especial os gestores, destacaram efetivamente algumas dessas estratégias, dentre elas, foram mais enfáticos na mudança da concepção tradicional de referência e contrarreferência, no processo de vinculação e estratificação de risco.

##### **6.4.2.1 Uma perspectiva dialógica de organização dos fluxos e contrafluxos**

Dentre as estratégias para superação dos entraves gerados pela hierarquização vertical e burocratizada entre a APS e os demais pontos de atenção, a mudança na concepção tradicional de referência e contrarreferência se baseia na lógica do trabalho das tecnologias leves de saúde. Nesse sentido, uma contradição que encontramos, é justamente o fato de que, até então, ter ocorrido um retrocesso no que se refere a essas tecnologias leves, tais como o acolhimento, o vínculo entre o profissional e o usuário e o apoio matricial.

Os gestores propõem uma integração orgânica entre os diversos pontos das redes de atenção, com contato próximo entre os profissionais que fazem parte dessas redes, assim como a participação ativa do usuário em suas tomadas de decisão. Criticam fortemente a lógica do encaminhamento “desresponsável”.

Ele não vai ser o dono daquele paciente a partir do momento que ele chegar lá no ambiente, né? Então ele tem que ter um diálogo permanente com os profissionais da atenção básica, atenção primária, para em coletivo, no coletivo em conjuntos eles fazer o plano de cuidado do paciente, o plano do cuidar do paciente tem que ser individual, é para o paciente, não é o plano de cuidado da atenção primária, e o plano de cuidado da atenção secundária, não; é o plano de cuidado do paciente, né? E ele tem que ser elaborado em conjunto a partir das necessidades do indivíduo (Gestor 3, 05/03/2015).

Eu acho que você deve até acrescentar que nós não estamos mais trabalhando com referência, nem com contra referência, a gente está trabalhando com outra tecnologia leve que se chama plano de cuidados. Então, o plano de cuidado vai da atenção primária para a atenção especializada e volta de lá para cá. Então, às vezes o encaminhamento ele era referência e contrarreferência, ele era extremamente vago, extremamente, não trazia muito informação do paciente nem indo e nem voltando (Encontro de negociação, gestores).

Apreendemos que o discurso dos gestores resgata uma tecnologia dialógica a qual consideram ser inovador. Sobre esse ponto, nos chama atenção o fato de se atribuir termos novos para tecnologias que já existiam. Conforme podemos identificar no discurso do Gestor 3, o que é chamado “plano de cuidado” consiste no compartilhamento dos casos, que se faz presente na concepção de clínica ampliada, projeto terapêutico singular e apoio matricial. Vale ressaltar que, durante a observação participante, não foram encontradas ações com esse viés, bem como o discurso dos trabalhadores aponta que as práticas têm tomado um sentido oposto a essa tecnologia. Isso pode indicar (mas não necessariamente), que há projetos tecnoassistenciais em disputa. Conill (2008), ao refletir sobre os desafios para a ESF em centros urbanos brasileiros, traz esse embate de diferentes projetos como algo recorrente. Esse cenário de disputa entre modelos assistenciais, pode acarretar dificuldades de ruptura com o modelo médico-centrado e curativista e implementação de uma oferta organizada de ações que partem da realidade e das necessidades de saúde da população (HORTA et al., 2009).

Conceituaremos, então, o projeto terapêutico singular e apoio matricial, no sentido de clarificar ainda mais essas semelhanças. Projeto terapêutico singular é o conjunto de propostas e condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado de uma discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, que se necessário pode contar com o apoio matricial (BRASIL, 2007). O apoio matricial é o apoio especializado às equipes de referência. Em geral, o (s) apoiador (es) é (são) de outro ponto de atenção que não a APS e a equipe de referência, a equipe de Saúde da Família. Esse apoio possui o caráter assistencial, direcionado a contemplar a demanda do usuário; e pedagógico, que visa o processo formativo para a equipe de referência (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Mendes (2012) traz o plano de cuidado como quebra do paradigma do atendimento clínico centrado na queixa-conduta, ao passar esse eixo para o usuário. Nessa perspectiva, a atenção programática essa tecnologia como norteadora, que é elaborado, revisado e pactuado entre a equipe de saúde e as pessoas usuárias. Os gestores desse estudo argumentam que esse plano de cuidado, se necessário, pode envolver também os profissionais de outros níveis de atenção e que as informações referentes a esse usuário possam ser de acesso tanto do generalista, quanto do especialista. Ora, mas isso não é o que aponta o projeto terapêutico singular?

Ainda alinhados com essa perspectiva de construção das redes de atenção, os gestores indicam a corresponsabilização como uma premissa básica para a não fragmentação do cuidado. Ao mesmo tempo, destacam que é algo que se tem tentado construir, mas que, em geral, ainda não ocorre na prática.

O paciente ele não vai, ele visita o especialista, mas ele continua sendo de responsabilidade da atenção primária. Porque era comum, dos pacientes não terem uma condição muito complexa e precisarem do especialista, ia para o especialista e não retornava, ele ficava na atenção especializada. O que a gente está tentando fazer é exatamente o contrário disso, o paciente é da atenção primária, a atenção primária ela é ordenadora do cuidado, então, ela encaminha o paciente para a consulta do especialista, mas sabendo que aquele paciente continua sendo atendido também na unidade de atenção primária (Encontro de negociação, gestores).

Os gestores destacam a importância da corresponsabilidade na relação entre os profissionais da equipe de Saúde da Família e o usuário, em especial nos casos em que se faz necessário o encaminhamento. Desse modo, alertam que não é por conta que um usuário será atendido por outro ponto de atenção que a responsabilidade do profissional de saúde da APS se exime. Vale ressaltar que a corresponsabilidade é algo que se faz necessário não somente nas situações em que o usuário é referenciado para outro ponto de atenção, é algo que precisa ser transversal as práticas de saúde. A operacionalização dessa tarefa é um grande desafio para o

SUS. Trata-se de uma postura que já possui reconhecimento e se institucionaliza, juntamente com o protagonismo e a autonomia, ao serem incorporados como um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que os entendem como práticas transversais (BRASIL, 2013b).

Corresponsabilização pode também ser entendida, de acordo com o referencial normativo, como o compartilhamento de ações de planejamento, implementação e avaliação de intervenções para o bem comum (BRASIL, 2013b). Nesse sentido, os diversos atores precisam ter papéis eticamente bem delimitados. Com essa fundamentação, a responsabilidade do profissional membro da equipe de Saúde da Família que encaminha o usuário para realização de um atendimento em outro ponto de atenção, não se finda na dispensação do encaminhamento; ao mesmo tempo, a responsabilidade do profissional que realizou a assistência em outro ponto de atenção, não se finda em contemplar a demanda imediata do usuário e realizar a contrarreferência; além disso, o usuário não pode ser passivo nesse processo, assim, também se corresponsabiliza pelo desenvolvimento de seu “plano de cuidado”.

O trabalho pautado nas tecnologias leves, tais como o acolhimento, autonomia, vínculo entre os sujeitos e a corresponsabilidade, faz com que ocorra uma aproximação com a subjetividade do outro, conseqüentemente, promove uma abertura de tal forma que viabiliza sua inclusão na gestão do seu cuidado (JORGE et al., 2011). Embora com uma conjuntura bastante diferente de Sobral, onde as tecnologias leves encontram-se parcialmente diluídas na organização de serviços de saúde, os profissionais e gestores sugerem uma relação mais próxima entre a equipe de Saúde da Família e os profissionais de outro ponto de atenção; inclusive, o Trabalhador 6 indica que isso já existe para algumas especialidades. Não referem à tecnologia apoio matricial, todavia o uso do telefone para esses fins já está previsto nas cartilhas e diretrizes desse dispositivo.

Seria o ideal ampliar essa central de referência para outras áreas. Inclusive, eu fiz em alguns eventos que a gente participa, desses cursos a gente sempre toca no assunto que essa coisa da segunda opinião do profissional, de você entrar em contato no momento que você tenha dúvida, para evitar aumentar a fila dos encaminhamentos. Com um simples telefone se resolveria um problema, ou encaminharia uma solução mais prática sem precisar marcar uma consulta com o especialista. Seria o ideal se tivesse algumas outras especialidades (Trabalhador 6).

Então, se essa rede começar a se conhecer, o médico da atenção secundária conhecer o médico da atenção primária e manter uma relação mais próxima, ter algum telefone, algum e-mail, alguma coisa que você possa ter uma relação de contato com esse profissional, que está atendendo o seu paciente, que é seu, que é da sua área. É isso que a gente está tentando fazer, está iniciando agora (Gestor 1).

É consenso entre os dois grupos de interesse que a disponibilização do contato de telefone para consulta ao especialista, proporciona benefícios para a organização dos serviços, e principalmente para o usuário. Essa proximidade relaciona-se a humanização dos serviços, na medida em que a partir dessa iniciativa o especialista não se distancia do caso após a realização do atendimento, nem tampouco antes, pois se torna uma referência, naquela área, para determinadas equipes de Saúde da Família. É, portanto, corresponsável por aquelas famílias.

A responsabilidade do cuidado à saúde é uma “via de mão dupla”, pois tanto os profissionais de saúde dispõem de seus recursos para contemplar a demanda do usuário, quanto esse toma para si a responsabilidade e o protagonismo na gestão de seu caso (SOUZA, 2014). A PNH traz o entendimento que o protagonismo é o compromisso ético de participação para a mudança da realidade, cuidado de si e de suas redes sociais (BRASIL, 2013b). Nesse sentido, há contradição quando não tratamos ou não trabalhamos na perspectiva do usuário como sujeito.

Por outro lado, é possível encontrarmos em algumas UAPS, profissionais que não compreendem a importância de humanizar a assistência, pois muitos não tomam para si a responsabilidade no cuidado (JUNGES et al., 2011). Em contrapartida, enquanto uns se isentam dessa postura, outros tomam para si uma responsabilidade moral maior do que o usuário, que muitas vezes vivencia a doença, que contradiz com o princípio da autonomia e protagonismo do sujeito, seja dificultando-o, ou até mesmo o impedindo (TRAD; ESPERIDIÃO, 2009). Diante desses dois extremos, podemos afirmar que é possível haver uma mediação, na qual a autonomia do usuário seja privilegiada.

Diante disso, vale ressaltar que a corresponsabilidade destacada pelos gestores e trabalhadores implica em uma postura importante para as equipes de Saúde da Família e os profissionais de outros pontos de atenção. Todavia, impera a invisibilidade do usuário, tendo em vista que esse ator é pouco referido nos discursos. Assim, é preciso fomentar o papel do usuário em seu próprio processo de cuidado, na medida em que todos os atores são corresponsáveis pelo caso. O trabalho capilarizado pelas tecnologias leves aparenta ser um cenário favorável para que essas práticas não conflitem com a compreensão apresentada pelo referencial teórico e normativo nessa área.

Quanto ao deslocamento do usuário pela rede, é importante que para além da corresponsabilização dos diversos atores envolvidos no cuidado, tenhamos também a organização dos sistemas de serviços de tal forma que permita haver uma relação próxima entre eles. Sobre esse ponto, as informações empíricas apontam a vinculação e a estratificação de risco como aspectos relevantes.

#### 6.4.2.2 Construindo os nós da rede: vinculação e estratificação de risco

A vinculação é aqui empregada como a relação existente entre o usuário e a instituição de saúde. Não no campo da micropolítica das relações entre o profissional e o usuário, mas sim na dimensão de como se organiza (ou como vem sendo pensado), esse processo no campo da atenção primária de Fortaleza. Nesse sentido, emergem duas perspectivas: uma que diz respeito à vinculação do usuário a ESF, a qual já se encontra bastante sólida no Brasil, até porque as famílias possuem um registro nas unidades de saúde – o prontuário; e outra que trata da vinculação do usuário a outros pontos de atenção – como por exemplo com um CAPS -, sendo essa, ordenada pela APS. As narrativas empíricas aqui discutidas direcionam a esse segundo entendimento – a interface entre a APS e esses outros pontos de atenção.

Nesse sentido, os gestores reconhecem que esse processo de vinculação ainda está em fase de implantação, o que pode ser identificado também pelo tempo verbal empregado por eles. Além disso, alertam para a possibilidade de uma possível “quebra”, que continuamente ocorre no cenário brasileiro com as mudanças de partidos políticos na gestão municipal. Falam um pouco como se dá o processo de vinculação, reiterando alguns aspectos importantes para implantação dessa política.

Pois é, as unidades de referência elas são específicas para cada rede temática [...] a gente vai identificar primeiro qual é a competência de cada ponto, de cada nível. Depois a gente vai dependendo dessa competência definir e identificar que serviços relacionados aquelas competências existem na cidade. Então, eles passam a ser, uma referência. É o que a gente chama de vinculação, você vai dizer, por exemplo, se aqui tem um centro de diabético, hipertensão, na rede temática desse grupo, esse serviço vai vincular ele. Então ele fica por exemplo com dez 10 UAPS e outro serviço, vai ficar com outras. Então, a gente vai organizando a rede vinculando unidades a cada ponto de referência, não é uma coisa solta, então, a diferença da rede é que quando o paciente caminha na rede, ele não caminha sozinho, é a atenção primária que organiza essa referência dele (Gestor 5).

A coordenação e ordenação da atenção por parte da atenção primária seria facilitado a partir da delimitação das unidades de referência. Conforme destacado na argumentação dos gestores, há unidades de referência para cada RAS, que são justamente os outros pontos de atenção os quais a APS é base. Nesse sentido, o CAPS, por exemplo, seria referência para determinada quantidade de UAPS. Assim, uma unidade de referência, fica organicamente articulada à base territorial e populacional dessas UAPS. Com isso, caso seja necessário, as equipes de Saúde da Família já sabem onde e a quem recorrer para cada demanda.

Essa é também uma estratégia importante para a construção de um cenário favorável para diluir a corresponsabilização, afinal, possibilita que o usuário não “caminhe sozinho”, mas

com a APS, especificamente as equipes de Saúde da Família, na organização desse processo. Conforme já discutido, essa função da atenção primária e o protagonismo/autonomia do usuário sobre o cuidado de si precisam estar em equilíbrio.

O itinerário terapêutico do usuário não refém de um sistema de referência e contrarreferência burocratizado e impessoal, faz com que os trabalhadores dos diversos pontos de atenção se conheçam e trabalhem juntos em algumas ocasiões. Como alternativa para isso temos essa proposta, de vincular um determinado território, compreendido por uma UAPS, a pontos de atenção específicos. Em uma dimensão macro, esse território pode ser o distrito sanitário, no caso de grandes municípios e microrregiões de saúde, em municípios de médio e pequeno porte (MENDES, 2012).

De acordo com os gestores, a comunicação entre os diversos atores envolvidos no cuidado é uma das premissas da vinculação entre a UAPS e os pontos de atenção da rede. Vale destacar que, ao mesmo tempo em que os gestores argumentam que esse processo está em fase inicial, indicam que em algumas redes de atenção, como é o caso da rede cegonha, já se encontra com operacionalização nessa lógica.

Assim, o que que a gente observa aqui em Fortaleza, as redes, algumas delas estão articuladas. A gente tem a rede de saúde maternoinfantil, existem algumas maternidades, que são referência para essa unidade, então a nossa paciente aqui do pré-natal já sai daqui já com a unidade de referência dentro da rede que está sendo formada em Fortaleza. Então já tem, a gente faz visitas, por exemplo na maternidade, essa parte do pré-natal ela faz a visita na unidade, vai com a enfermeira, as vezes o agente de saúde, o auxiliar (de enfermagem), vai e faz a visita, então já faz o primeiro contato, com a maternidade, onde vai ter o neném e já sabe como é a conformação dessa rede. Ou se ela for pré-natal de alto risco ela vai para a unidade de referência do pré-natal de alto risco, depois ela tem o bebê, ela volta para nossa rede de novo né, para fazer a visita de puerpério e fazer o acompanhamento do bebê. Assim, essa rede já está bem estruturada no município, de Fortaleza (Gestor 1).

Os discursos apontam para algumas estratégias importantes, que podem ser desenvolvidas no campo da APS em articulação com os outros pontos de atenção. No caso da rede cegonha, segundo o Gestor 1, já ocorre uma vinculação prévia com a maternidade, que é a unidade de referência. Nessa ocasião, o profissional de saúde realiza uma visita junto com a gestante. Indica ainda que, caso seja um pré-natal de alto risco, algumas consultas já são realizadas na própria unidade de referência, o que não representa uma ausência de responsabilidade por parte da equipe de Saúde da Família, pois continuam com o acompanhamento longitudinal, inclusive com as consultas de puericultura.

Ao mesmo tempo que sugerimos uma ampliação dessa proposta para as demais redes de atenção, levantamos o seguinte questionamento: Isso realmente tem ocorrido continuamente

ou trata-se de casos pontuais? O discurso dos trabalhadores, discutido principalmente na subseção “Organização da oferta de serviços pelas equipes de saúde da família e seus determinantes” que faz parte do capítulo intitulado “Organização e gestão das redes de atenção à saúde pela atenção primária”, aponta para um retrocesso nas ações programáticas, dentre elas as visitas domiciliares e o acompanhamento das gestantes. Essa informação foi reiterada por profissionais de saúde não integrantes do círculo hermenêutico-dialético (em diálogos informais durante a observação participante).

Nesse sentido, reconhecemos que a rede cegonha avançou mais em relação as demais, até porque, das quatro RAS prioritárias de Fortaleza, ela começa a ser estruturada em 2011. Embora a rede de atenção psicossocial também tenha começado a ser desenhada em período anterior as demais, a rede de atenção à urgência e emergência e a rede de atenção às doenças e condições crônicas adquiriram essa conformação a partir da atual gestão municipal (2013). Entretanto, é preciso que haja uma compreensão por parte dos gestores, em relação a argumentação dos trabalhadores, ao reivindicarem que a organização dos serviços das equipes de Saúde da Família não está centrada no campo das condições crônicas, o que impede que essas redes de atenção se construam de forma robusta.

Outra estratégia importante para promover a vinculação é a estratificação de risco. Para Mendes (2011), a estratificação de risco, é requisito para que o sistema de saúde seja classificado como integrado. Nesse sentido, esse autor argumenta que a estratificação da população em subpopulações, leva a identificação e ao registro de pessoas com necessidades similares, que por sua vez permite uma padronização de condutas referentes a cada grupo, a partir das diretrizes clínicas. Teoricamente, com isso seria possível assegurar e distribuir recursos específicos para cada um deles.

A gente tem começado esse trabalho com gestante, criança, hipertenso e diabético. E a partir dessa estratificação de risco a gente tem estruturado uma vinculação desses usuários com os serviços da atenção secundária, por exemplo, no caso da gestante, a gestante estratificada como alto risco, a gente tem vinculado a essa gestante, a uma maternidade específica, para que o profissional da maternidade conheça o médico da atenção básica e vice-versa. [...]. Então, por exemplo, todos os usuários que estão sendo estratificados de alto e muito alto risco, eles são encaminhados para o endocrinologista do hospital das clínicas, que onde a gente está com essa vinculação e lá ele faz uma avaliação, se ele precisar de uma avaliação do nefrologista, do neurologista, do oftalmologista ele é encaminhado lá e ele recebe a contrarreferência que é repassada para o médico da atenção básica (Gestor 2).

Dentro dessa proposta, conforme podemos observar no discurso do Gestor 2, os usuários serão/estão sendo classificados por estratos de risco. Essa estratificação é realizada a partir de diretrizes clínicas, as quais discutiremos mais à frente. Com isso, os usuários com condições

crônicas de menores riscos, terão atenção centrada em tecnologias de “autocuidado apoiado” e com foco na APS. Enquanto aqueles de alto e muito alto risco, terão presença mais significativa de atenção profissional, com uma participação mais efetiva tanto das equipes de Saúde da Família, quanto dos profissionais de outro ponto de atenção, todos eles corresponsáveis pelo cuidado (MENDES, 2011).

Assim, é preciso delimitar que a estratificação de risco é diferente da classificação de risco. Inclusive, isso foi reiterado pelos gestores no encontro de negociação. A classificação de risco, com base no Sistema Manchester de Classificação de Risco e consiste em cores, é utilizado nas UPAS. Para as condições agudas na APS, tem sido utilizado o documento Acolhimento à demanda espontânea, da série Cadernos de Atenção Básica número 28. Já a estratificação de risco, se aplica as condições crônicas e é determinante na vinculação do usuário aos pontos de atenção.

Antes de iniciar o debate sobre o mérito dessa proposta, assim como as principais argumentações para sua implantação, cabe refletir como isso tem sido (im)posto aos trabalhadores em saúde. Esse grupo de interesse se apresenta insatisfeito e desmotivado por diversas questões, uma delas é justamente a forma como essas mudanças têm chegado até eles.

Quando levamos a questão da estratificação de risco - emergente do grupo de gestores - para o grupo dos trabalhadores, identificamos que a maioria deles desconhece a proposta. Uns confundem a estratificação de risco com o Sistema Manchester de Classificação de Risco, outros confundem com as áreas de risco do território. A partir dos registros em diário de campo, observamos que os únicos trabalhadores que elaboravam opinião condizente com a proposta da estratificação de risco eram os médicos. As evidências encontradas apontam que essa categoria é a única que foi convidada a participar de espaços formativos voltados para essa temática. Dado o caráter formativo dessa pesquisa avaliativa, esclarecemos brevemente no encontro de negociação dos trabalhadores, em que consiste essa proposta, que culminou com uma apresentação por parte deles de seu descontentamento com esse processo de implantação.

Conversei com a (o) [...] sobre a possibilidade de entrevistá-lo (la). Ele (a) me informou que infelizmente não pode me ajudar sobre essa temática, por não estar “por dentro”. Disse que a SMS convida apenas os médicos para os encontros formativos. Falou ainda que está sendo realizada uma nova classificação para os hipertensos, uma estratificação, mas que foi feita uma reunião somente com os médicos para “repassar”. Relatou que gostava de participar das reuniões da SMS, mas não ocorrem mais (Observação participante, 10/02/2015 tarde).

Para todos os profissionais serem sabedores disso aqui, a gente deveria ter sido comunicado, a gente deveria ter sido convocado, a gente teria sido treinado e nada disso foi, as coisas aqui eles vomitam dentro do posto de saúde e a gente tem que fazer a limpeza (Encontro de negociação, trabalhadores).

O Ceará é fortemente marcado pelo fenômeno social do coronelismo e patrimonialismo, situação agravada e até mesmo mantido pelos altos índices de analfabetismo e pobreza, além da pouca participação popular (OLIVEIRA, 2006). Apesar de um cenário bem diferente do coronelismo, que se constitui como um marco (negativo) na história cearense, identificamos nas informações empíricas supracitadas, que a centralização administrativa e o autoritarismo ainda repercute em Fortaleza.

O referencial normativo do SUS indica a gestão compartilhada como uma estratégia importante no sentido de promover esses processos de maneira não verticalizada. Há uma orientação em envolver os trabalhadores em saúde, assim como os usuários, nas tomadas de decisão no campo da saúde. Entretanto, como podemos observar nas informações empíricas, isso não tem se consolidado no contexto de Fortaleza.

Dentre as perspectivas de desenvolvimento da gestão compartilhada, Campos (2000) sistematiza o método da roda, ou método paidéia. No caso de Sobral, Ceará, em que se busca organizar os processos de gestão nessa lógica, permite identificar que até mesmo nos espaços em que a o método da roda fundamenta os encontros, as relações não fluem plenamente horizontalizadas. Esse cenário muda um pouco quando as unidades de saúde, digo, os territórios, possuem a presença do “preceptor de território”, que disseminam as estratégias cuidadoras da Roda. Esses profissionais exercem seus processos de trabalho com base na figura do “Apoiador Institucional” (PONTE, 2013).

Em linhas gerais, o conceito de apoiador institucional é postulado por Campos (2000), que evidencia inspirações no método freireano, assim, esse apoiador é externo ao grupo, que baseado na escuta e estabelecimento de vínculos adequados, dialoga em um modelo de cogestão e de gestão participativa. Para que o método Paidéia ocorra, não necessariamente carece da figura do Apoiador Institucional, podendo ser autoaplicável pelas equipes no modo de tratar a cogestão de suas próprias Unidades de Produção.

Tendo em vista a implantação de uma nova proposta, seria importante a inserção de apoiadores institucionais para facilitar ou até mesmo promover o processo de diálogo entre a gestão, trabalhadores e comunidade. No entanto, conforme já discutido nesse relatório, os espaços de roda foram extintos em Fortaleza, o que remete a refletir se a gestão compartilhada é realmente de interesse da atual gestão municipal.

Sobre o fato disparador dessa discussão – a forma vertical como tem se dado a implantação da estratificação de risco – é preciso ressaltar que está em fase inicial, o que não impede de envolver os trabalhadores em saúde e até mesmo a comunidade, mas que ao mesmo

tempo, pode ser uma justificativa para o desconhecimento dos profissionais. Por outro lado, o que não se constitui como explicação é o não comprometimento dos trabalhadores pelo SUS, pois esse foi um dos principais critérios de escolha para o ingresso no círculo hermenêutico-dialético. Assim, essa segunda afirmação seria uma inverdade.

De qualquer modo, a tese de que a implantação da estratificação de risco no município está em fase inicial precisa também ser considerada, até porque, de acordo com os gestores, precede a esse processo a elaboração das diretrizes clínicas. Por meio delas é que os profissionais de saúde irão realizar a categorização das pessoas em estratos. Dada a importância dessas diretrizes clínicas nos rumos da saúde dos usuários, é preciso discutir como essas serão constituídas.

A estratificação de risco ela só vai ser feita, vamos dizer operacionalizada, após a capacitação dos profissionais, então, ninguém pode classificar sem ser capacitado e essa capacitação ela tem que ser feita de acordo com a diretriz clínica, e essa diretriz clínica ela tem que ter uma validação interna e externa. Então, como é que a gente faz, a gente faz e chama todas as sociedades relacionadas aquela rede, por exemplo, hipertensão, diabetes e cardiologia, elabora uma diretriz clínica baseada em evidências, e a partir disso, dessa diretriz clínica o médico chama as equipes, capacita no processo de estratificação e passa essa mesma diretriz clínica para os especialistas, porque aí eles vão saber porque que eles vão estar relacionando. E esses especialistas vêm nos ajudar a fazer a diretriz clínica, então, tem tudo para dar certo (Gestor 5).

Aí eu acho que nesse aspecto não fica bem utilizada equidade não, porque é mais uma coisa de manejo clínico, entende? [...]. Essa estratificação, ela não tem esse cunho de condição social, é uma condição clínica em que se o usuário estiver com a condição de risco maior, ele deverá ir para o especialista; já se ele estiver com uma condição de risco mais leve ele fica com um generalista. Então, na minha visão, a equidade aí não fica muito bem apropriado não (Encontro de negociação, gestores).

Os depoimentos acima deixam claro que a proposta das diretrizes clínicas, que nortearão a estratificação de risco, limita o cuidado a elementos clínicos baseado em evidências eminentemente do campo biomédico. Diversas contradições podem ser levantadas a partir dessa afirmação, tais como: a organização da articulação das RAS restrita a questões biológicas; tangenciamento da equidade; rompimento com as aspirações do movimento sanitário brasileiro; padronização de condutas em sobreposição a dimensão subjetiva das relações; contradiz o referencial normativo do SUS. Antes de dissertar sobre isso, cabe uma pequena digressão sobre a fundamentação teórica dos gestores quanto à questão dessa diretriz clínica, afinal, é isso mesmo?

Dentro da perspectiva teórica-metodológica a qual os gestores se fundamentam, a normalização dos processos de trabalho ocorre por meio de diretrizes clínicas e da gestão por processos. Aponta que esse primeiro modo realmente tem por base a medicina baseada em

evidências, que busca agregar estudos com boa validade interna e externa – estatisticamente – com posterior aplicação de seus resultados na prática (MENDES, 2015).

Indica ainda que há dois tipos principais de diretrizes clínicas: (i) as linhas-guia (guidelines), que são recomendações para normatizar a atenção à determinada condição de saúde, e desse modo, seguidas por todos os pontos de atenção; (ii) e os protocolos clínicos, que também são recomendações, mas tem por objetivo normatizar a atenção a apenas parte do processo de uma condição de saúde e em um ponto de atenção à saúde determinado (MENDES, 2011; 2015 apscoord). Assim, as linhas-guias se desenvolvem por graus de risco, que envolvem a estratificação de risco – aqui tratada – que por sua vez, normatiza as ações referentes a cada estrato singular. Nesse sentido, culmina com uma planilha com os parâmetros de programação referente àquela condição (MENDES, 2011).

Já a gestão por processo, implica em três perspectivas: (i) o mapeamento dos processos, que tem por objetivo o registro da situação atual para compreender os trabalhos e os resultados; (ii) o redesenho dos processos, que é feito com pessoas que nele estão envolvidos e envolve dentre outros aspectos a elaboração dos procedimentos operacionais padrões (POP's); e (iii) a implantação e monitoramento dos processos redesenhados, que consistem em uma avaliação periódica do tipo *checklist* dos procedimentos implantados, a serem realizados por gestores e/ou auditores externos. Uma das estratégias para facilitar a implantação dessa proposta é por meio da inserção de tutores, que inclusive se fizeram presente por um tempo no contexto da UAPS desse estudo (MENDES, 2015).

Desprendendo-nos um pouco de o que consiste, passando para a questão de sua elaboração, esse processo envolve dez momentos: a escolha da condição de saúde, a definição da equipe de elaboração, a análise situacional da condição de saúde, a busca de evidências e de diretrizes clínicas relevantes, os conteúdos dessas diretrizes, a formalização, a avaliação, a validação, a publicação e a revisão dessas diretrizes clínicas (MENDES, 2012).

Com resposta positiva para a questão levantada anteriormente, esse trabalho traz como sugestão a incorporação dos determinantes sociais da saúde na constituição dessa diretriz clínica. Isso porque aqueles estratificados em alto risco, quer queiram ou não, terão maior facilidade de acesso aos pontos de atenção da rede a qual obteve essa estratificação. Nesse sentido, a vulnerabilidade social precisa ser incorporada nessa proposta de estratificação de risco, tendo em vista principalmente que, usuários com alto poder aquisitivo, podem acessar o subsistema privado de saúde, e que, portanto, a equidade não pode ser desconsiderada.

Outro ponto que chama atenção nessa proposta é a padronização de condutas. As bases epistemológicas dessa forma de organização dos serviços de saúde apontam para o pensamento

behaviorista, tendo em vista que, em plena operacionalização, os profissionais estariam munidos de um arsenal de técnicas de controle e programação. Essa concepção pode gerar uma maior aproximação entre a função do trabalhador em saúde e a máquina, que seria basicamente “organizar” os processos de trabalho a partir das padronizações. Nesse sentido, não importa se essa organização é realizada pelo homem ou por um equipamento específico, o que existe em comum é o mecanicismo. Dentro desse entendimento, não há espaço para criação, interpretação, nem para as relações humanas (RIBEIRO, 2003).

Desradicalizando a crítica, compreendemos que os protocolos não são criados para serem seguidos cegamente, mas servem como um parâmetro para a tomada de decisão. Os gestores defendem que não se trata de uma ferramenta tão rígida, mas reiteram que é algo que realmente irá nortear os atendimentos.

A gente percebe a estratificação, os protocolos de estratificação de risco, **não como o** engessamento do atendimento. Não é para você usar como uma receita de bolo, que o hipertenso ele vai ter que estar sempre dentro dessa receitinha, seguindo rigidamente esse passo a passo. Não é nessa perspectiva, mas é na perspectiva mesmo de estar nortear o atendimento, estar organizando até os insumos de atendimento, estar organizando as Redes de Atenção (Gestor 2).

[...] exatamente você filtrar aqueles de mais alto risco e garantir para aqueles de mais alto risco um atendimento diferenciado e garantir aos que são de baixo risco uma condução também na atenção primária para que ele não se agudize, para que ele mantenha a sua... o seu caso, a sua doença, sua condição de saúde equilibrada (Gestor 4).

Ao mesmo tempo que os gestores indicam que a estratificação de risco do usuário pode ser modificada, a depender de sua condição de saúde, falam também da dimensão clínica, em que o papel do profissional não é tão mecanicista a ponto de somente seguir os protocolos. Diante desse contexto, é pertinente refletir, a quem toda essa tecnologia favorece. Percebemos que a estratificação de risco melhora o acesso a todos os pontos de atenção da rede, mas somente nos casos em que o usuário for estratificado como alto risco.

Desse modo, como fica aquele que for estratificado como baixo risco e porventura necessitar de um atendimento especializado? Esse “tipo” de usuário será o que (mais) irá sofrer os problemas referente à baixa oferta de serviços com relação a quantidade de demandas? Essas são algumas das provocações em que o trabalho na perspectiva da estratificação de risco precisa considerar. Para além dessas questões, é importante discutir a implicação da estratificação de risco e a baixa oferta de serviços com relação à demanda existente. Nesse sentido, alguns gestores trazem que essa ferramenta é também uma forma de mediar quem realmente precisa de mais atendimento.

O município com baixa cobertura, em saúde da família, o município absolutamente populoso, rico em diversidades de ambiente culturais também, socioeconômico e demográfico tudo [...]. Como é que eu vou dar conta de atender a todos os pacientes que entrarem na unidade de saúde? [...] então, eu tenho que estratificar a condição de saúde de pessoas que entram no sistema. [...]. Eu vou oferecer mais consultas para quem precisa de mais consultas e eu vou oferecer menos para aqueles que podem viver com menos (Gestor 3).

[...] O ideal, seria que o número de famílias, fosse bem menor do que o que a gente atende hoje, porque se eu tivesse essa diminuição na quantidade de famílias, se a gente atendesse de 1000 a 1200 famílias, que seria o ideal para uma área de risco, seria o ideal. Assim, não precisaria nem da estratificação, porque todo mundo teria condição de ser atendido sem necessidade de estratificar (Trabalhador 6)

A baixa cobertura da ESF é algo recorrente nos grandes centros urbanos. Essa questão é aprofundada na subseção “*Baixa cobertura e a insuficiência da atenção primária à saúde*”, que faz parte do capítulo intitulado “*Processo de trabalho na atenção primária e suas repercussões nas redes de atenção à saúde*”. Nesse ponto específico é salutar discutir a relação entre a baixa cobertura populacional e a estratificação de risco, tendo em vista que é algo que foi colocado na agenda de discussão do círculo hermenêutico-dialético pelos gestores.

O Gestor 3 aponta para a estratificação de risco como determinante no que se refere a conhecer a população e suas possíveis demandas e assim ofertar uma quantidade maior de atendimento para aqueles, clinicamente, mais necessitados. Sobre esse aspecto, é deprimente pensar na situação daqueles que não foram estratificados como público prioritário. A argumentação do Trabalhador 6 evidencia que, caso houvesse uma redução na quantidade de famílias a serem acompanhadas, e obviamente todas as famílias fossem acompanhadas por equipes de Saúde da Família, isentaria a necessidade de estratificar as pessoas. Por outro lado, esse mesmo profissional indica que, no contexto atual, a estratificação pode ser algo bom. Essa argumentação não pode ser tomada como verdade absoluta, pois a estratificação de risco pode se fazer presente mesmo em realidades em que há quantidade satisfatória de equipes de Saúde da Família.

Ao levar a argumentação de que a estratificação de risco é uma estratégia para lidar com a baixa cobertura da ESF para o encontro de negociação dos gestores, eles indicaram que não é necessariamente isso. Defendem que a estratificação emerge mais fortemente como ferramenta de gestão, isso porque mesmo no caso de a cobertura da ESF contemplar toda a população, eles podem a partir dessa categorização dos usuários, programar a relação oferta-demanda de insumos, medicamentos, procedimentos, de consultas com especialistas entre outros aspectos.

[...] a estratificação de risco realmente auxilia na programação dos insumos [...]. Então, eu posso programar os exames, as consultas especializadas, os medicamentos, na hora que eu estratifico e tenho isso bem definido na diretriz clínica. [...] por exemplo, uma gestante de baixo risco só precisa de 6 consultas na atenção primária, mas se ela tiver alto risco eu tenho que um exemplo de 15 em 15 dias com o especialista, então, a partir desta estratificação que eu faço toda a programação das necessidades tanto de apoio logístico como de referência para atenção especializada (Encontro de negociação, gestores).

Claramente, o discurso expressa como a estratificação de risco será útil para os gestores. Não há argumentação dos trabalhadores sobre isso, pois conforme já referimos, apenas alguns médicos participaram de poucos momentos formativos a respeito. Diante desse achado, cabe refletir para quem realmente serve essa estratificação. Seria um modelo de organização de atenção realmente centrado no usuário, ou seria no gestor?

Pela estratificação de risco voltada para as condições crônicas ser algo novo no cenário brasileiro, não encontramos outros estudos que possam complementar esse debate. Ao realizar uma busca nas principais bases de dados utilizando como termos-chave “estratificação de risco” surgem somente estudos sobre fatores de risco, classificação para doenças específicas, ou até mesmo a classificação de risco utilizada em unidades de saúde de urgências e emergências. Isso faz com que tenhamos uma informação inédita e original, ao mesmo tempo, nos impede de buscar em outras informações sobre como (ou se) vem sendo trabalhada essa ferramenta no âmbito nacional.

É importante que a gestão tenha por base as informações resgatadas a partir de uma caracterização da população. Ao mesmo tempo, faz-se necessário fomentar planejamentos participativos para o desenvolvimento de ações e organização da agenda, por exemplo. O trabalho na ESF não pode se limitar aos muros da UAPS. Com essa afirmação, não estamos nos referindo às visitas domiciliares, mas até mesmo da própria dimensão setorial. Nesse sentido, não basta organizar os serviços de saúde dos profissionais de saúde com foco em garantir assistência adequada aos usuários de alto risco.

## **7 PROCESSO DE TRABALHO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E SUAS REPERCUSSÕES NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Foram aqui incluídos os núcleos de sentido que tratam dos processos de trabalho, que, embora tenham relação estreita, não são, em primeira análise, objetos de articulação das RAS. Trata-se, portanto, da micropolítica do trabalho, na dimensão do que afeta diretamente as práticas e conseqüentemente (mas não a priori) as redes de atenção.

Desse modo, discutimos os seguintes pontos: baixa cobertura e a insuficiência da Atenção Primária à Saúde; decorrências da ampliação do horário de atendimento das UAPS; acolhimento da unidade de saúde, com direcionamento a ambiência e disponibilidade de insumos e medicamentos; e a formação como transformadora (ou não) das práticas.

### **7.1 BAIXA COBERTURA E A INSUFICIÊNCIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Em relação à cobertura populacional da ESF, o debate permeia principalmente o grupo de interesse dos gestores, até porque, foram eles que inseriram essa temática no círculo hermenêutico-dialético. Em geral, o posicionamento deles está inclinado a perspectiva da ampliação que ocorreu nos últimos anos, ou justificativa para a atual situação. Já o discurso dos trabalhadores, que trazem esse debate de maneira transversal a outros temas, possui forte cunho reivindicativo, o que sugere esse estudo como instrumento importante para manifestação de suas opiniões.

Conforme inclusive já foi tratado na delimitação do objeto desse estudo, os grandes centros urbanos brasileiros são alvo de baixa priorização da APS, que culmina com uma fragilização desse nível de atenção, inclusive no que se refere à cobertura profissional. Apesar do Ceará ter sido o primeiro estado brasileiro a implantar o PACS e o PSF, sua capital conta com a implantação do programa somente em 1998. Esse programa, já na envergadura de estratégia, só passou a ser parcialmente valorizado a partir de 2005, com a gestão municipal do PT. O aumento na cobertura populacional por equipes de Saúde da Família é um bom parâmetro para essa afirmação, sendo resultante principalmente da realização de um concurso público, durante essa mesma gestão. Os anos anteriores a 2005 foram marcados fortemente pelo modelo hospitalocêntrico em detrimento da APS (ESMERALDO; OLIVEIRA, 2012; FROTA, 2008; PONTE, 2014).

Embora tenha ocorrido investimentos direcionados a ampliação da ESF em Fortaleza, o município ainda conta com uma baixa cobertura populacional por equipes de Saúde da Família,

assim como outros grandes centros urbanos brasileiros. Vale ressaltar que, a atual gestão representada pelo PROS continua ampliando a cobertura, mas esse processo tem sido a passos lentos. Com base na plataforma eletrônica do Departamento de Atenção Básica, em junho de 2015 Fortaleza conta com 55,68% de cobertura populacional estimada em relação às equipes de Saúde da Família. Nesse sentido, como são acompanhados os usuários das áreas descobertas? Os gestores trazem algumas informações importantes nesse sentido.

A gente ainda tem uma cobertura baixa né, a gente conseguiu pular de 30 para 50%, mas você só tem 50% da população atendida, você ainda tem grandes vazios assistenciais no município de Fortaleza, mesmo considerando que 30% da população tem plano de saúde, mas assim mesmo ela usa o SUS porque os planos são os planos né, tu conheces né. [...]. Mas a gente definiu uma estratégia, que toda gestante, independente de área de cobertura, ela tem que ser atendida. Toda criança de alto risco, de área de cobertura ou descoberta, ela tem que ser atendida (Gestor 4).

Diante disso, o Gestor 4 aponta para o acompanhamento de alguns usuários, mesmo de área descoberta. Trata-se dos públicos que fazem parte das quatro redes prioritárias. Esse discurso nos remete a refletir a respeito de três problemáticas importantes: (i) como é, para a APS, coordenar as RAS, sem possuir cobertura adequada?; (ii) de que maneira a APS chega até a população descoberta?; (iii) a progressiva ampliação de cobertura da APS se materializa em cuidado longitudinal da população adscrita e construção de vínculo?

A baixa cobertura populacional por equipes de saúde da família possui relação intrínseca com sua função de coordenar as redes de atenção. Não se pode estabelecer uma gestão do cuidado adequado, quando na realidade, metade dos usuários não possuem o acompanhamento longitudinal. Conforme indica o Gestor 4, a baixa cobertura gera “vazios assistenciais importantes” e alguns usuários acabam perdidos na rede, portanto, sem possuir a APS como base de seu cuidado.

Nesse sentido, é possível encontrar uma interface entre a rede de serviços de saúde fragmentada alinhada a baixa cobertura populacional. Essa combinação acarreta elevada quantidade de internações por condições sensíveis a atenção primária. Além desses dois aspectos, a baixa escolaridade e as condições socioeconômicas precárias também contribuem de modo robusto nos altos índices de internações evitáveis. Essas, por sinal, são as principais características de grande parte das pessoas que não tem acesso ao subsistema de saúde privado (PITILIN et al., 2015). A implicação da não resolutividade da APS nos demais níveis de atenção é percebido pelos sujeitos, conforme podemos observar no discurso do Trabalhador 6.

As atenções secundárias e terciárias só vão melhorar quando a atenção primária estiver funcionando em pleno vapor. Então, quando toda a parcela da sociedade tiver sendo beneficiada com o Saúde da Família, essa estratégia, eu acho que melhoraria muito esses índices de saúde (Trabalhador 6).

A APS não resolutiva, resultante dentre outros motivos, pela baixa cobertura populacional, faz com que haja também uma superlotação nos demais pontos de atenção à saúde. Nesse sentido, o trabalhador 6 resgata uma estratégia importante e talvez o ponto de partida para lidar com a fragilidade dos outros níveis de atenção e com a enorme quantidade de pessoas no aguardo por vagas para consulta com o especialista, que é o fortalecimento da APS.

Apesar das dificuldades enfrentadas nos grandes centros urbanos, urge a necessidade de ampliação imediata da quantidade de equipes de Saúde da Família e o fomento da efetivação de seus princípios, para que a ESF se torne realmente reorientadora do modelo de APS. Esses são dois dos diversos desafios que Fortaleza precisa superar, no sentido de possuir redes de atenção à saúde integrada.

A organização de saúde não centrado na APS, assim como a complexidade da situação de saúde da população brasileira, que envolve o envelhecimento populacional e a tripla carga de doença, além das relações verticalizadas, são alguns dos principais fatores que tem como consequência a fragilidade das redes de atenção (MARQUES, 2011). Conill (2008) ao expor um ensaio histórico-conceitual sobre a APS, indica que essa é uma realidade que se faz presente muitos dos grandes centros urbanos brasileiros, que embora estejam em progressão gradual da cobertura populacional por equipes de Saúde da Família, a APS convive com baixo patamar de financiamento público, pouca integração entre os diversos pontos de atenção e persistência da segmentação do sistema.

É preciso reiterar que, não é apenas o fato da cobertura populacional pela ESF ser baixa, alinhado a uma APS não resolutiva, que faz com que as atenções secundárias e terciárias estejam com excesso de demanda. É necessário que pese fortemente nessa conta, o subfinanciamento nacional do SUS, além do lucro que é destinado ao setor privado, que faz parte desses outros dois níveis de atenção. Isso agrava a situação da cobertura profissional. A insuficiência dos outros pontos de atenção é algo destacado pelos gestores, que argumentam: “[...] a gente se depara também com a atenção secundária e fragilizada. Então, o número de ofertas de consultas para especialistas e tudo é bem aquém daquilo que a gente realmente demanda” (Gestor 3).

É importante observar que a atenção primária não resolutiva e concomitante sobrecarga da atenção secundária e terciária, conforme destacado pelo Gestor 3, é de interesse de algum

grupo. Nesse sentido, destacamos que na arena política do Brasil há duas forças políticas em constante tensão. Um deles é o projeto liberal, hegemônico, e o outro é o SUS, que ainda não se estabelece em sua plenitude. Podemos identificar essa informação a partir da interpretação de um texto publicado por Jairnilson Silve Paim e Carmen Fontes Teixeira há oito anos, que possui argumentação totalmente atual e levanta desafios ainda recorrentes na contemporaneidade. Isso remete a pensar o quanto o projeto liberal é forte na agenda política brasileira. Como alternativa ao estado patrimonialista, privatizado, autoritário, burocrático e clientelista, esses autores-sanitaristas propõem uma Reforma Democrática de Estado, centrado na cidadania, na liberdade e na sustentabilidade do SUS. Trata-se, portanto, de uma retomada do projeto da Reforma Sanitária Brasileira, frustrado (mas não morto) com a atual conjuntura do SUS (PAIM; TEIXEIRA, 2007).

Com isso, percebemos que a baixa cobertura de ESF nos grandes centros urbanos e consequente sobrecarga nos demais pontos de atenção possui raízes bem mais profundas do que a mera opção ou opinião dos trabalhadores e representantes temporários da gestão de um determinado setor da secretaria municipal de saúde. Não negando que a realidade do município, os gestores indicam que a baixa cobertura populacional por equipes de Saúde da Família não é um fator tão determinante; que é possível cidades com 100% de cobertura com uma rede fragmentada e outras com baixa cobertura e ter as redes integradas.

[...] eu posso ter uma cobertura excelente, mas se eu não tiver a rede implementada o usuário vai continuar perdido, não é uma associação absoluta, está entendendo? Se eu tiver boa cobertura, não necessariamente eu tenho que ter um sistema de logístico e de apoio e os outros pontos da rede integrado se comunicando em prol de um mesmo fim (Encontro de negociação, gestores).

Vale ressaltar que, em nenhum momento os gestores expressaram que ampliar a cobertura profissional por equipes de Saúde da Família não é importante, pelo contrário, argumentam que para ter uma APS coordenadora das RAS é uma boa cobertura é premissa básica, mas não é somente ela que será determinante. Como requisito básico, colocado até com um grau de importância ainda maior, emerge os sistemas de apoio e logístico, já discutido no capítulo sobre Modelo de Atenção à Saúde.

Sabemos da importância de sistemas de apoio e sistemas logísticos robustos. De fato, o deslocamento do usuário pela RAS não depende somente da variável cobertura populacional. Se assim fosse, os diversos municípios cearenses em que a área de abrangência chega a 100% - que são principalmente os municípios de menor porte - teriam redes de atenção funcionando a pleno vapor. Entretanto, não contrariando a afirmação anterior, a APS não resolutiva culmina

com uma alta prevalência de internações por condições sensíveis a atenção primária, que é fortemente influenciada pela baixa cobertura (PAZO et al., 2012).

Nesse ponto, cabe refletir nossa segunda questão levantada anteriormente: de que maneira a APS chega até a população descoberta? Essas pessoas são abandonadas pela APS? Os gestores alertam que não, por outro lado, dizem que aqueles que são de área descoberta e terão acompanhamento, são somente aqueles que fazem parte das quatro redes prioritárias.

Em Fortaleza a gente fez uma decisão nas redes prioritárias mesmo de área descoberta [...]. Então, no caso aí quando a gente mapeia da área descoberta, a equipe fica responsável por essa área descoberta. No caso da gestante, criança, do hipertenso, diabético (Gestor 5).

O discurso acima nos remete a retomar a temática de como estão organizadas a agenda de serviços de saúde das equipes de Saúde da Família. Os profissionais argumentam que houve um retrocesso no campo da assistência às ações programáticas, que são as condições crônicas, que estão sendo sobrepostas pela demanda espontânea/ condições agudas. Desse modo, a reivindicação dos trabalhadores pautada em “o que estava ruim, agora está pior” no que se refere aos usuários com condições crônicas. Essa situação se agrava ainda mais quando se trata de usuários de áreas descobertas.

No que diz respeito a essa questão, o confronto entre os grupos de interesse aponta para caminhos diversos. Conforme observamos no discurso do Gestor 4, considerando as limitações no que se referem ao modelo de atenção pensado para a construção das RAS ainda estar em fase de implantação, as equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento não somente daqueles de área coberta, mas também daqueles de áreas descobertas que fazem parte das redes prioritárias.

O confronto entre esses dois pontos de vista é necessário para que o debate não se limite a informações advindas apenas de um prisma. Independentemente do usuário fazer parte de uma área coberta ou não, o fato da organização dos serviços de saúde ser amplamente inclinado para as condições agudas e a agudização das condições crônicas, faz com que a APS não seja resolutive, além de fazer com que o acompanhamento longitudinal fique em segundo plano (MENDES, 2011). Nesse sentido, é importante além de ampliar a cobertura populacional por equipes de Saúde da Família, rever como a agenda da oferta de serviços desses profissionais está organizada, de tal forma que o modelo de atenção esteja centrado nas necessidades de saúde da população e não na condição A ou B.

Aqueles usuários que não contam com acompanhamento das equipes de Saúde da Família no território adscrito em que residem, querendo ou não, se tornam reféns da própria organização do sistema. Isso porque, para que seja possível um acompanhamento adequado, precisam apresentar uma condição de saúde a ser atendida por uma das quatro redes prioritárias, conforme indica o Gestor 5. Além disso, possuem facilidade de acesso aqueles que forem classificados com estratificação de risco alta. Esses terão prioridade em ríspida disputa em um dos poucos espaços para ações programáticas, disponíveis na agenda dos profissionais de saúde. Assim, é lastimável pensar o acesso aos que não fazem parte de área coberta e são estratificados em baixo risco.

Isso nos leva a refletir o porquê da organização dos serviços de saúde estar tão voltada para a demanda espontânea. A intensa fragmentação do cuidado e centralidade no modelo biomédico é algo bastante presente no Brasil, é inclusive reconhecido pelo referencial normativo do SUS (BRASIL, 2010a; SHIMIZU, 2013; MARQUES, 2011). Sobre essa questão, encontramos recorrência no cenário desse estudo, principalmente por parte da interpretação dos trabalhadores sobre os motivos que levam os usuários procuram a UAPS, conforme podemos observar no discurso do Trabalhador 5.

Assim, a comunidade, ela quer atendimento, quer atendimento médico, sabe? Não quer atendimento de enfermeira ou de agente comunitário de saúde não. É atendimento médico. Existe uma cultura muito grande da cura. Aquela questão: eu vou tomar um medicamento e fico bom (Trabalhador 5).

No decorrer do processo sócio-histórico e sua interface com a cultura atual, podemos afirmar que a população passa por influências de diferentes saberes e práticas médicas<sup>26</sup>. A partir disso, se constrói uma cultura plural em torno da doença e seu combate. Essa cultura faz parte do ideário popular, tanto por parte da população urbana, quanto pela rural (LUZ; BARROS, 2013). O trabalhador 5 se refere justamente a essa perspectiva de cultura, que se materializa nesse cenário como paradigma distante de ser superado.

Isso reverbera também na organização dos serviços de saúde, a partir da construção de modelos hegemônicos, dentre os quais a figura central do médico, destacado no discurso acima, envolve o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico. As características principais desse modelo de atenção, que juntamente com o modelo Sanitarista é prevalente no Brasil, são: o cuidado centrado no médico; objeto direcionado à doença e doentes; e a forma de organização

---

<sup>26</sup> Luz e Barros (2003) descrevem algumas dessas vertentes, que são: as medicinas tradicionais étnicas, medicinas populares decorrentes de saberes médicos clássicos, ou terapêuticas populares de origem europeia.

por meio de rede de serviços de saúde hospitalar. Nesse sentido, o subtítulo do texto de Carmen Fontes Teixeira e Ana Luiza Queiroz Vilasboas é bastante sugestivo: “*Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação?*” (TEIXEIRA; VILASBOAS, 2014).

Observamos, então, a forte repercussão desse modelo médico-assistencial hospitalocêntrico hegemônico no pensamento dos trabalhadores sobre o que fazem os usuários buscar os serviços de saúde. Esses falam com a propriedade de quem lida diariamente com esse público, portanto, é algo que realmente faz sentido. Ora, organizar os serviços de saúde nos moldes da doença e seu combate, seria uma estratégia política de fazer com que esses serviços sejam avaliados pelos usuários como algo bom?

É preciso lembrar que, quando foi tratado sobre a pouca quantidade de profissionais em relação à demanda da ESF, a categoria que surgiu inicialmente como aquela em que a UAPS mas precisa, foi realmente a médica. Somente com o decorrer da construção do círculo hermenêutico dialético, isso foi revisto pelos trabalhadores, que conforme podemos identificar a seguir, sugeriram a inserção de mais equipes de Saúde da Família e não somente de mais médicos. Isso decorre não somente do fato dessa categoria ser aquela que se encontra mais focada nas condições agudas, mas também pela cultura centrada no paradigma da doença e seu combate.

Com relação às equipes hoje né, as equipes estão constituídas, nós temos 4 equipes, 4 médicos, quando na realidade nós deveríamos ter, pela área de circunscrição da unidade, pelo número de habitantes que temos nessa nossa área de usuários, o ideal seria 8 equipes (Trabalhador 9).

Eu acho que o ideal era que tivesse médicos para atender a demanda espontânea, no DEPS ((Demanda espontânea de atenção primária)). Se tivesse deixasse os médicos que tem só nas equipes de PSF ajudava mais para essa demanda que tem tempo todo, porque o que acontece? A demanda é grande lá, por que os médicos que tem são insuficientes por que eles saem do atendimento das suas equipes para entender essa demanda, [...] é a mesma coisa para enfermeira você perde o vínculo com a sua equipe, com os seus usuários por conta de estar sendo retirado do trabalho na sua equipe pra ser colocada nessa demanda espontânea (Trabalhador 4).

Os discursos acima apontam um consenso entre os trabalhadores no que se refere ao modelo de atenção centrado no binômio doença e cura, que para eles já se mostrou insuficiente. Os médicos – que fazem parte desse grupo - também expressam indignação com toda essa atenção voltada para as condições agudas no contexto atual da APS, portanto, não são favoráveis ao modelo biomédico. Com essa informação posta, podemos afirmar que os trabalhadores, atualmente, não fazem parte da agenda de negociação das tomadas de decisão

dos rumos de seu próprio trabalho, ou, na mais otimista das perspectivas, estão ocupando esses espaços sem qualquer poder decisório.

Nesse sentido, a forma como o modelo de atenção à saúde está se organizando que condiz com uma reprodução do modelo curativista; e é gerido de modo verticalizado, uma vez que os trabalhadores, até então, não tiveram suas reivindicações quanto a isso acatadas e esse modelo ganha força nessa nova gestão. Isso faz com que alguns trabalhadores, conforme podemos observar no discurso do Trabalhador 4, sugiram que se tenham médicos somente para atendimentos de demanda espontânea, na medida em que isso permitiria que a categoria tivesse um pouco mais de atenção as ações programáticas.

Eugênio Vilaça Mendes não se posiciona favorável em relação ao que denomina clínica hegemônica, que se constrói com objetivo de contemplar as condições agudas e a agudização das condições crônicas. Ao contrário disso, propõe um modelo de atenção centrado em uma resposta social as condições crônicas, o que não nega as condições agudas, mas não o coloca no centro como encontramos na prática (MENDES, 2012). Dada a situação de desequilíbrio na agenda dos profissionais, identificamos no discurso do Trabalhador 4 uma tentativa desesperada e que descaracteriza a ESF, que é de contornar essa clínica hegemônica por meio de uma segregação total dos serviços, no qual os atendimentos de demanda espontânea para determinados profissionais e as ações programáticas para outros.

Podemos identificar, dentre as atribuições das equipes de Saúde da Família e de Saúde Bucal previstas na Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que uma de suas premissas é a “garantia” da atenção à saúde, na busca pela integralidade, por meio de atendimento da demanda espontânea e da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, dentre outras formas (BRASIL, 2011c). Esse referencial normativo deixa claro que a demanda espontânea faz parte, realmente, da APS, muito embora não tenha que dominar a agenda dos trabalhadores, da forma que está sendo feito.

Retomando ao debate da cobertura populacional pelas equipes de Saúde da Família, identificamos que seu avanço progressivo, porém lento, está bastante aquém do necessário. Podemos identificar isso tanto ao consultarmos a cobertura populacional do município, que está baixa, quanto no discurso do Trabalhador 9 – apresentado anteriormente -, que traz a informação de que o ideal seria que ao invés de quatro equipes de Saúde da Família na UAPS Luis Albuquerque Mendes, os usuários contassem com o dobro dessa quantidade. Sem desconsiderar o avanço que é essa paulatina ampliação, cabe retomarmos o questionamento que surgiu anteriormente: Isso tem se materializado em cuidado longitudinal da população adscrita e construção de vínculo? O discurso do Trabalhador 7, a seguir, aponta nessa direção.

Exatamente por conta disso, da demanda ser muito grande e médico mesmo a gente só tem dois, assim, da equipe, em serviço da equipe, só temos dois e os outros dois são do PROVAB (Trabalhador 7).

Em conversa com um (a) profissional de medicina, ele (a) indica que a atuação no PROVAB tem duração de apenas de um ano. Fala do problema da agenda, amplamente voltada para a demanda espontânea e da problemática do vínculo. Argumenta que por ter poucos turnos para as ações programáticas, alinhado ao fato da enorme quantidade de usuários por equipe, é possível que algum usuário tenha somente duas ou três consultas por ano e com isso, ele (a) em um período de um ano, só poderá ver esse usuário uma ou duas vezes durante a vigência de seu contrato, o que o (a) impede de conhecer as famílias pelas quais é responsável de forma longitudinal (Observação participante, 09/03/2015 tarde).

É importante considerar a argumentação dos trabalhadores, ao colocar em pauta que essa pequena ampliação tem ocorrido a partir da inserção de alguns profissionais sem vínculo empregatício ou com vínculo precário. Isso ocorre por meio de programas em que o profissional trabalha em determinado cenário temporariamente, como por exemplo: pelo Programa de Valorização do Profissional de Atenção Básica (PROVAB), ou até mesmo o Programa Mais Médicos. No contexto desse estudo, de quatro médicos atuantes na unidade de saúde, dois deles estão vinculados ao PROVAB, que possui duração máxima de 12 meses.

Trata-se de uma ampliação da cobertura profissional diferente de como foi feita em 2006. Nessa ocasião, a gestão municipal aderiu ao concurso público estadual, de base local. Assim, foram ofertadas 460 vagas tanto para médicos, quanto para enfermeiros e cirurgiões dentistas, totalizando a inserção de 1.380 profissionais de saúde (FROTA, 2008). Muitos desses profissionais continuam até hoje, é tanto que encontramos durante a observação participante, vários trabalhadores os quais também estavam presentes em 2010, época em que participei do PET-Saúde. No próprio plano plurianual de Fortaleza (2014-2017) aponta que foi a adesão ao PROVAB que gerou um incremento de 33,8% para 49% na taxa de cobertura, face a ampliação de 238 para 300 equipes de Saúde da Família (FORTALEZA, 2014a).

Diante disso, é preciso repensar a forma como essa ampliação tem sido realizada, na medida em que ela se constitui como um diferencial, por promover uma maior aproximação às necessidades de saúde da população. Compreendemos o PROVAB como um programa com o objetivo de ampliar o acesso da população, marcada pela escassez de médicos, portanto, uma ampliação da cobertura populacional é uma consequência imediata. No entanto, há também outro intento, não menos importante, que é a formação desses profissionais que, em geral, são recém-formados. Nesse sentido, são profissionais de saúde que trabalham e ao mesmo tempo vivenciam um processo de Educação Permanente, sendo inclusive avaliados. De suas 40 horas,

32 são para atividades práticas nas UAPS e 8 horas de atividades acadêmicas. Nesse sentido, a presença desses profissionais não deve eximir a responsabilidade da gestão de promover novo concurso.

Outro aspecto importante, que afeta principalmente a categoria médica, é a questão da rotatividade profissional. A APS como um todo sofre com essa problemática que rompe fortemente o vínculo com a população, justamente por não termos quantidade significativa de médicos que se sustentem na condição de médicos de família e comunidade.

É menos de um ano que o médico passa. Quando ele chega que tem paciente que consegue uma consulta com ele quando vai tentar outra ele já tem ido embora. Passou na residência, pronto, foi. Se não passar aí prorroga de 1 ou 2 anos. Se não passar, aí prorroga, mas a maioria é desse jeito, menos de um ano (Encontro de negociação, trabalhadores).

A rotatividade de profissionais de saúde na APS brasileira identificada pelos trabalhadores, em especial os médicos, é uma fragilidade clássica, que assola a realidade principalmente das regiões mais periféricas.

A própria origem da profissão dos ACS, no final dos anos 1980, no denominado Programa Agentes de Saúde, tinha como um de seus objetivos fundantes a extensão de serviços de saúde a pessoas desassistidas. Pela vulnerabilidade e ausência de acesso, dentre outros determinantes, esse programa logo ganhou amplitude a nível nacional e internacional, sendo em 1991 adotado pelo Ministério da Saúde como modelo para o País (GOMES, 2008).

Mesmo com a ampliação do acesso por meio de trabalhadores sem ampla formação na área da saúde, que contam com acompanhamento do profissional de Enfermagem, se sustenta nas periferias a necessidade de atendimento médico. Há uma produção robusta no Brasil em torno da não fixação dessa categoria na ESF. Dentre outros motivos para a rotatividade, podemos destacar alguns:

- Insatisfação profissional (CAMPOS, 2005; NEY; RODRIGUES, 2012);
- Condições de trabalho inadequadas (CAMPOS, 2005; MEDEIROS et al., 2010; NEY; RODRIGUES, 2012);
- Precarização do vínculo de trabalho (MEDEIROS et al., 2010);
- Fragmentação da formação (MEDEIROS et al., 2010);
- Gestão autoritária (MEDEIROS et al., 2010);
- Distância das unidades de saúde (CAMPOS, 2005);
- Carga de trabalho pesada (NEY; RODRIGUES, 2012).

Diante dessa problemática, que dado ao tempo em que ocorre, remete a pensar que talvez seja até algo crônico da sociedade brasileira, o que fazer? Podemos identificar no mínimo duas estratégias: Uma que é a criação do programa Mais Médico e outra possibilidade vivenciada na região do ABC paulista baseada em incentivos financeiros.

Despendendo-nos do debate econômico e corporativo, é preciso reconhecer alguns avanços emergentes a partir da adesão ao programa Mais Médico por parte de diversos municípios cearenses. Na zona rural do município de Ipú, Ceará, por exemplo, é possível identificar que, após a adesão ao programa, o fazer-saúde tornou-se mais humanizado, em especial na relação entre o médico e o usuário (LIMA et al., 2014). Destacamos o aumento na cobertura populacional por equipes de Saúde da Família e a ampliação do acesso, como algumas das principais contribuições da adesão a esse programa. Entretanto, não podemos deixar de considerar a precarização do trabalho na APS e a pouca quantidade de médicos formados no Brasil como aspectos agravantes da situação brasileira.

A estratégia adotada para aumentar o número e a fidelização, bem como diminuir a rotatividade dos médicos que atuam na região do ABC paulista, foi a elaboração de um plano de metas e produtividade, alinhado a uma gratificação salarial. Esses incentivos financeiros fizeram com que, no período estudado, houvesse maior fidelização do médico aos serviços da APS, além de uma ampliação na quantidade de atendimentos (ROSA; GOMES, 2014).

Esse estudo mostra que a questão financeira possui grande peso na não fixação dos profissionais de medicina na APS, uma vez que a criação desses incentivos fez com que diminuísse a rotatividade. Vale ressaltar que, embora a categoria médica não tenha remuneração coerente com a carga de trabalho desempenhada na ESF, as demais categorias profissionais contam com remuneração ainda menor. Diante disso, um ponto importante a ser destacado, é a necessidade de valorização dos profissionais da APS como um todo. Por outro lado, indicamos que o salário profissional determinado ou ampliado a partir das metas, pode implicar diretamente em um cuidado fragmentado. Trata-se, realmente, de uma estratégia extremamente discutível, do ponto de vista humano. Além disso, Mendes (2011) aponta que uma das características dos sistemas fragmentados de atenção à saúde é justamente o pagamento por procedimento e baseado na densidade tecnológica dos diferentes serviços.

Destarte, é importante refletir a respeito de como essa pouca quantidade de profissionais lida com a questão do horário ampliado de funcionamento das UAPS. Se a quantidade de equipes de Saúde da Família é insuficiente para contemplar a demanda no que se refere à quantidade de usuários no horário comercial. Como está essa questão na nova conformação de Fortaleza?

## 7.2 DECORRÊNCIAS DA AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DAS UNIDADES DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Fortaleza tomou uma decisão administrativa de ampliar o horário de funcionamento das UAPS, que deixou de ser de sete as 11 horas, com intervalo para almoço e retomada de 13 às 17 horas (horário comercial), e passou a ser de sete às 19 horas, sem intervalo. Em busca na literatura, encontramos poucos municípios brasileiros com experiência semelhante (MACHADO; LIMA; VIANA, 2008). É importante destacar, que em um estudo avaliativo realizado em dez centros urbanos, em 2001 e 2002, uma das recomendações emergentes a partir dos resultados é a criação do horário noturno (ESCOREL, 2002).

Sobretudo, em Fortaleza, essa mudança é fruto de uma iniciativa da atual gestão municipal, mas já houve uma tentativa na gestão anterior de criação do turno noturno – terceiro turno – que difere da proposta atual por não ser em horário contínuo, mas que acabou não se consolidando (FORTALEZA, 201?). Essa ampliação do horário traz consigo diversas subjetivações, dentre as quais, os trabalhadores se mostram mais implicados. Na verdade, essa temática entrou para o círculo hermenêutico-dialético por meio desse grupo de interesse, o que ocorreu possivelmente por serem esses que tiveram suas rotinas amplamente afetadas pela mudança.

As decorrências a partir dessa ampliação, com base na argumentação dos grupos de interesse, são: a sobrecarga, por parte de alguns trabalhadores em saúde, que é gerado por uma redução no período de descanso, além da pouca quantidade de trabalhadores, que resulta em grande rodízio de turnos para contemplar todos os horários; a atuação no campo das ações programáticas, que ficou restrito, pois os profissionais de nível superior, que realizam plantões de seis horas, mas que não passam esse tempo todo com ações destinadas aos programas, além de não estarem todos os dias nos mesmos horários; a restrição também no que concerne a ausência de materiais e insumos, tendo em vista que foi ampliada a carga horária, mas não há condições de contemplar as necessidades de saúde da população, que resulta em encaminhamentos para outros pontos de atenção por condições sensíveis à APS; e por outro lado, foi destacado a ampliação do acesso como algo positivo, mesmo na condição de não resolutivo, para a população que trabalha no horário comercial.

Em se tratando da sobrecarga de trabalho, a argumentação tem por base principalmente a situação que, para alguns trabalhadores, a carga horária passou a ser diminuída, de oito horas para seis, enquanto para outras categorias, em especial algumas de nível médio, como os

auxiliares de enfermagem e os auxiliares de saúde bucal, mantiveram-se nas oito horas, mas tiveram seu horário de almoço reduzido, de duas horas para somente uma. Vale ressaltar que algumas categorias, como por exemplo os trabalhadores da limpeza, mantiveram sua carga horária de oito horas com duas horas de intervalo. Observemos, então, o que os trabalhadores pensam sobre isso:

É o seguinte, eu acho que ficou apertado. A situação é feia, mas é essa mesmo. O auxiliar ficou com 8 horas, praticamente corridas. A gente bate sempre nessa tecla, porque a gente entra 7h da manhã, sai 4h da tarde, com direito ao horário de almoço que está regulamentado pela CLT. Só que a gente tem pouco tempo. A gente não tem mais descanso. [...] E a quantidade de profissionais está muito reduzido também. São poucos profissionais, não dá cobertura. A classe dos trabalhadores de nível médio estão todos muito sobrecarregada (Trabalhador 7).

Quanto à ampliação do horário é ótima, mas eles deveriam ter visto em relação aos funcionários, por que as vezes sobrecarrega uma parte desses funcionários para poder cobrir esses horários, poderiam ter contratado mais profissionais (Trabalhador 4).

Como podemos observar nos discursos, para além da redução do horário de intervalo, por parte dos trabalhadores de nível médio que tiveram sua carga horária mantida em oito horas. Foi também recorrente o fato de haverem poucos profissionais para preencher os horários de 7 às 19 horas. Em geral, os profissionais de nível superior, trabalham de sete às 13 horas, ou de 13 às 19 horas. Há um grupo de trabalhadores que trabalha em horários intermediários. Tendo em vista isso, exceto nos dias em que o profissional realizará os dois “plantões” de seis horas em um só dia, ele estará pela manhã e início da tarde ou pela tarde e início da noite. A problemática sentida pelos profissionais desse grupo reside no fato que em alguns dias eles estão pela manhã e em outros pela tarde. Isso faz com que haja uma dificuldade de organização dos trabalhadores.

De acordo com os trabalhadores, a situação de não terem um horário fixo, prejudica os usuários, pois eles não sabem os dias que podem encontrar os profissionais da equipe de Saúde da Família responsável por sua área. Se há dificuldade de saber os dias, se torna ainda mais difícil quando se restringe a turnos específicos; as barreiras são ainda maiores pela subdivisão desigual desses turnos entre condições crônicas e condições agudas. Conforme já discutido no capítulo sobre modelos de atenção à saúde, alguns profissionais se encontram desmotivados pelo excesso de atenção às condições agudas. Vale ressaltar que nem todos os trabalhadores em saúde consideram a ampliação de carga horária da oferta de serviços como sobrecarga de trabalho, até porque houve uma redução em sua carga horária semanal. Portanto, essa reivindicação permeia também o campo sanitário, para além do conforto pessoal.

A gente não tem como educar a população porque a gente não tem horário! O atendimento é a maior parte dos atendimentos é ambulatório. Fizeram foi diminuir nosso trabalho! Já era pouco, passaram para 32 horas para a gente trabalhar na semana, sendo que das 32, 16 são PSF. 40 já não estava dando, ainda diminuíram pra 16h! [...]. Isso contribui somente para que os médicos, os profissionais, atendam muita gente que não é da sua área. Então, esse horário está incluindo mais pessoas que tem uma necessidade imediata, não necessariamente, de Saúde da Família (Trabalhador 6).

Como podemos observar no discurso, não se trata de uma ampliação da quantidade de horas trabalhadas, até porque isso não ocorreu. Na verdade, os profissionais de nível superior são lotados em 40 horas, das quais, oito se destinam a atividades de Educação Permanente. As 32 horas são distribuídas em um dia de trabalho de oito horas e quatro dias de seis horas. A crítica se localiza de maneira mais significativa em como essas horas 32 horas estão sendo distribuídas em relação as atividades desenvolvidas. O trabalhador 6 argumenta que a organização centrada na atenção as condições agudas, acarreta uma regressão gradual nos espaços de educação em saúde. Sobre esse ponto, posso comprovar que vivenciei uma realidade bem destoante de anos atrás, quando estive no mesmo cenário por conta do programa PET-Saúde. Nessa ocasião, ocorriam alguns grupos que, embora muitas vezes fossem focados em patologias específicas e operacionalizados por meio de metodologias tradicionais de ensino, ocorriam. No período em que realizamos a observação participante não foi identificado a ocorrência de nenhum grupo sistemático com atividades educativas.

Não obstante, a sobrecarga de trabalho é algo que dificulta a concretude de ações de promoção de saúde, dentre as quais se incluem as atividades de grupo. Além disso, embora Fortaleza tenha retroagido no que se refere ao cuidado com os grupos, é possível identificar que essas práticas possuem potencial de redução da demanda de consulta na unidade de saúde, sendo essa uma grande contribuição para o contexto da enorme quantidade de usuários que aguarda consultas. Entretanto, a redução das filas de espera não é (ou não deve ser) seu objetivo fundante, mas sim a orientação para a integralidade frente às necessidades de saúde da população, que em análise profunda, é o que realmente promove um cuidado resolutivo (HORTA et al., 2009).

Destacamos que a dimensão subjetiva e o potencial de cuidado das ações grupais, não cabem nos sistemas de informação, e, portanto, não fazem parte do pensamento positivista de dar resposta a sociedade por meio de dados. Seria esse a fundamentação da organização dos serviços de saúde de Fortaleza? Teoricamente, podemos afirmar que não.

Algo que não surgiu nos grupos de interesse, mas que a rigor, nos é recorrente pensar as subjetivações em torno da distribuição da carga horária dos trabalhadores em regime de

“plantão” de seis horas. Traz semelhanças evidentes a organização hospitalar, permeadas por “plantões”, em que o trabalhador registra o ponto de chegada e de saída.

Durante a observação participante, alguns trabalhadores se posicionaram contra o registro em ponto eletrônico. A principal argumentação para isso foi o trânsito caótico de Fortaleza, que os fazem eventualmente enfrentar dificuldades para chegar no horário pontualmente. Além disso, a ESF se constitui para além dos muros da UAPS, a partir da ideia da territorialização como prática transversal. Todavia, identificamos a atenção centrada demasiadamente na unidade de saúde, de tal forma que houve um retrocesso no trabalho nos territórios, inclusive na realização das visitas domiciliares, que ocorrem com menor frequência.

Nesse contexto, os trabalhadores argumentam que a ampliação da carga horária condiz com maior quantidade de consultas, em especial, aquelas destinadas à demanda espontânea, mas não implica em resolutividade da atenção. Isso ocorre por conta que as intervenções estão centradas na doença, problemática essa que é bastante recorrente nos discursos. Significa tratar das consequências e não das causas.

Bem, não adianta só ampliar, a gente tem que ter o atendimento propriamente dito, porque assim, ampliou o atendimento, mas não tem médico. Vamos supor, eu sou da equipe [...], o meu médico hoje está atendendo de sete da manhã à uma da tarde, amanhã ele estará de uma da tarde às sete da noite entendeu, com relação ao atendimento pelos profissionais não influenciou muita coisa, entendeu, não influenciou muito (Trabalhador 9).

[...] diminuiu um pouco a atuação das equipes em relação à Saúde da Família, porque a gente vai ter que atender, alias a gente está tendo que atender pacientes que não são de nossa área, que vem por um motivo ou outro. E de certa forma, houve um prejuízo no relacionamento, entre o posto e a comunidade (Trabalhador 6).

Com base no discurso do Trabalhador 9, identificamos que muitas vezes há o profissional, mas que ele não se encontra disponível para os atendimentos da equipe. Isso ocorre porque, conforme já mencionado, os médicos e enfermeiros estão com ampla carga horária destinada aos atendimentos de demanda espontânea. O que surge de novo é que, como aponta o Trabalhador 6, eles não atendem à demanda espontânea somente da área a qual estão responsáveis. Na verdade, o profissional de saúde que está responsável pela demanda espontânea daquele dia, terá que atender todos os usuários que venham a surgir, inclusive aqueles que não façam parte do território que corresponde àquela UAPS.

Do ponto de vista do usuário com uma condição crônica, seu acesso realmente fica dificultado. Caro leitor, imagine que precisas de um atendimento com o profissional de enfermagem responsável pela sua área. A cada dia, você poderia encontra-lo, pela manhã, “ou” à tarde, mas não pela manhã e à tarde. Além disso, caso esse profissional esteja realizando

atendimentos à demanda espontânea, ele só realizará o atendimento para o usuário com condição crônica caso seja uma situação de agudização. É com base nessa argumentação que o grupo de interesse dos trabalhadores em saúde direciona um de seus motivos para indicar que o horário foi ampliado, mas a atuação ficou restrita. Vale ressaltar que há um flanelógrafo com os horários em que os profissionais estarão na UAPS, para que a população tome conhecimento. Entretanto, não indica o que está previsto para aquele dia (quais horários serão destinados para que atividade).

A outra reivindicação em destaque diz respeito à atuação ter se tornado restrita, no que se habituou a chamar de desabastecimento das unidades de saúde. A argumentação nesse sentido é tão recorrente e profunda, que se tornou uma subseção específica a ser tratada mais à frente. Entretanto, resgatamos aqui aqueles discursos que possuem interface com a questão da ampliação do horário de funcionamento, afinal, para aumentar a oferta de serviços, faz-se também necessário uma ampliação da disponibilização de insumos e medicamentos. A opinião dos trabalhadores, embora haja dissenso, traz alegação nessa direção.

A minha opinião é o seguinte, eu preferia que fosse como era antes, de 8 às 5, e as pessoas tivessem atendimento, porque não tem, não tem de jeito nenhum. Falta material para a prevenção, falta material para dentista, não tem (Trabalhador 2).

A ampliação do atendimento fez “parecer” que o posto fosse uma UPA, [...] por exemplo, um rapaz passou mal na escola, desmaiou e não voltou de jeito nenhum aí ficou até 07:20 esperando o SAMU, ninguém pode fazer nada, porque não tem material, não tem adrenalina, não tem nada para pegar em uma veia do paciente. A gente pediu a auxiliar de enfermagem que estava ali no momento porque a auxiliar de enfermagem que sabe pegar a veia se teve que botar dipirona intramuscular porque ela não sabe sobre pegar e também não tinha material, teve que pedir uma pessoa para ir em uma farmácia particular, quer dizer aqui não é uma UPA, então, qual a necessidade de isso aqui ficar aberto até 19 horas. Qual a necessidade? (Encontro de negociação, trabalhadores).

O atendimento a demanda espontânea alinhado a constante ausência de medicamentos e insumos básicos, faz com que, muitas vezes, os profissionais tenham opções limitadas de condutas. Tendo em vista que para o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, ainda fortemente recorrente em Fortaleza, é centrado no binômio cura-doença, o medicamento passa a ter também um papel indispensável. Com isso, não queremos afirmar que nos modelos de atenção contra-hegemônicos o remédio também não é necessário, mas que nessas outras perspectivas de cuidado, a dimensão não medicamentosa emerge também com papel primordial.

Desse modo, conforme podemos observar nos discursos apresentados, os profissionais indicam que estão com alta demanda de usuários com condições agudas, mas sem material

disponível para lidar com essa demanda. Nesse sentido, alertam que não há justificativa para estarem trabalhando em horário ampliado. Isso porque, não somente os medicamentos estão em falta, mas alguns insumos básicos para realização de atividades como curativos e até mesmo algumas ações relativas às condições crônicas, como a prevenção primária do câncer do colo do útero, por exemplo.

A falta de medicamentos é algo recorrente no sistema de saúde brasileiro. Encontramos na literatura que esse déficit já ocorre há muito tempo. O estudo de Paiva, Bersusa e Escuder (2006), por exemplo, identificou que no interior de São Paulo faltam medicamentos até mesmo em programas básicos do Ministério da Saúde, tais como o voltado para os usuários com hipertensão e/ou diabetes. Já Souza Júnior et al. (2015) encontrou ausência de medicamentos no interior do Rio Grande do Norte. Além da ausência no campo dos medicamentos que em tese estão disponíveis pelo SUS, encontramos também disputas judiciais para o acesso aos remédios que só se encontram no âmbito privado (BARROSO, 2008).

Diante disso, não podemos atribuir às barreiras de acesso a medicamentos, a ampliação do horário da oferta de serviços de APS no contexto de Fortaleza, pois é algo bastante rotineiro. Todavia, é preciso considerar que, essa ampliação, com respectivo aumento da população urbana, sem o devido acompanhamento em investimentos, agravou esse contexto no município. Um dos diversos motivos que podem ser elencados para a existência dessa problemática é o avanço do projeto neoliberal, que repercute fortemente com um subfinanciamento do SUS (OCKÉ-REIS; SOPHIA, 2009)

Na contramão disso tudo, alguns trabalhadores apontam para alguns aspectos positivos dessa ampliação, tais como o acesso aos trabalhadores. Conforme já mencionado, dentre as recomendações emergentes a partir de um estudo realizado em dez centros urbanos brasileiros, coordenado por Sarah Escorel, destacamos a proposta de estimular que ocorra algum horário de atendimento que possibilite o acesso aos trabalhadores (SCOREL, 2002). Reafirmando essa informação, destacamos que alguns trabalhadores também reconhecem essa importância e identificam que a ampliação do horário de atendimento é algo bom, principalmente para a classe trabalhadora.

Eu vejo que melhorou muito. Principalmente para aquela trabalhadora, aquela mulher que trabalha, aquele trabalhador que agora tem uma opção de quando chegar do trabalho tem como procurar um posto. Essa parte aí foi positivo. Muito bom! (Trabalhador 8).

Ao concordar com o Trabalhador 8, podemos inferir que as reivindicações que vão de encontro a criação do horário noturno estão mais inclinadas a forma como o modelo de atenção à saúde tem se organizado, a pouca quantidade de profissionais em relação a demanda, assim como as problemáticas que se agravaram, tais como a falta de medicamentos e insumos.

Em outras realidades, como é o caso de um município da Bahia, foi também identificado que a abertura das unidades de saúde em horário noturno possui potencial relevante de facilitação do uso por parte dos trabalhadores, em especial os homens, que tradicionalmente só procuram os serviços de saúde em último caso. Essa facilidade é devida prioritariamente à incompatibilidade entre o horário de funcionamento da UAPS, que em geral é o horário comercial, e o trabalho. No entanto, foi observado nessa mesma realidade, que o horário noturno sofria grande influência do compromisso (não) ético dos trabalhadores que atuavam, isso porque foi encontrado que a assistência que deveria ocorrer de 17 às 21 horas, geralmente acabava em torno das 19h45min. Por conta disso, do ponto de vista da gestão, pode representar um investimento sem grande retorno.

Portanto, a facilidade de acesso ao trabalhador em horários alternativos, não significa negar a possibilidade desses usuários terem consultas durante o seu horário de trabalho, mas de criar mais alternativas para essas pessoas. Do ponto de vista da integralidade e da universalidade, não é aceitável que o trabalhador que porventura tenha consulta e/ou exame agendado para um horário concomitante ao de seu trabalho, não possa acessá-lo. No sentido de proporcionar uma melhor organização por parte dos usuários, o Gestor 5 indica que já está iniciando o processo de ofertar o atendimento com horários previamente marcados.

[...] começando em unidades que a gente chama unidades de laboratório que agora nós já estamos expandindo e todos esses micro e macro processos de organização da atenção primária. [...] O agendamento de consulta é um dos processos nessas unidades de laboratório, por exemplo, hoje as pessoas tem a consulta marcada, com hora marcada que é o que a gente quer que chegue a todos (Gestor 5)

A consulta com horários marcados é algo recorrente no discurso dos gestores. Já no grupo dos trabalhadores, isso não se sustenta tão evidente, pois foi identificado na observação participante, que são agendados com horário marcado para um grupo de pessoas. Desse modo, um grupo de gestantes, por exemplo, teria seu horário de atendimentos agendado para 9 horas e outro grupo para 11 horas. Ainda assim, seria algo positivo, no sentido de reduzir a angustiante espera das pessoas por uma consulta.

No caso da UAPS em estudo, isso não tem funcionado de forma tão boa. Os registros em diário de campo apontam que mesmo os usuários agendados para ações programáticas ainda

aguardam muito tempo para conseguir seus atendimentos, como é o caso de uma gestante que se alimenta com aquilo que é disponível nas proximidades da UAPS, devido à demora; ou um senhor que aguardou por 40 minutos apenas para ter um primeiro contato com o NAC.

Acompanhei o tempo de espera de um senhor que estava com o pé cortado, em um momento em que o NAC estava com fila de espera com quantidade de pessoas razoável. Esse senhor aguardou 40 minutos somente nessa primeira fila – de 9h40min às 10h10min (Observação participante, 04/03/2015 manhã)

Pela questão da demora, uma gestante que aguardava seu atendimento resolve lanchar. Pouco tempo depois ela retorna à sala de espera e consome uma caixinha de suco com pastel (Observação participante)

Além disso, há registros no diário de campo de usuários que aguardavam o atendimento para a demanda espontânea que esperaram mais horas para serem atendidos; e por outro lado, houve horários em que não havia nenhum usuário no aguardo. A organização do acesso ocorreu, muitas vezes, por meio da disponibilização de senhas. Aqueles com condições crônicas pegavam uma primeira fila no NAC, para confirmar sua consulta. Essa primeira espera dependia bastante da quantidade de pessoas. Posteriormente, aguardavam o atendimento no próprio consultório médico.

Nesse sentido, embora essa consulta com horário marcado possa ter acalentado timidamente a espera por parte de alguns usuários, isso não se configura com a agilidade adequada. A esse fato, é necessário pesar também que essa problemática convive com a pouca quantidade de profissionais em relação à quantidade de famílias acompanhadas. Diante disso, é importante compreender como os usuários estão sendo acolhidos nas unidades de saúde.

### 7.3 AMBIÊNCIA, INSUMOS E MEDICAMENTOS ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: Como os usuários têm sido acolhidos nessa perspectiva?

O debate a respeito do acolhimento aqui realizado implica em duas perspectivas: uma delas diz respeito à forma como os usuários e profissionais são acolhidos e se sentem na unidade de saúde; e outra em relação à ambiência, condições de trabalho e aos recursos materiais, medicamentos e insumos, necessários ao atendimento resolutivo e de qualidade. Desse modo, a discussão nessa subseção não se direciona aos fluxos dos usuários, até mesmo porque isso já foi discutido na Seção 6.3, intitulada “*Organização da oferta de serviços pelas equipes de saúde da família e seus determinantes*”, que faz parte do capítulo “*Organização e gestão das redes de atenção à saúde pela atenção primária*”

### 7.3.1 Ambiência e os processos de trabalho na Atenção Primária à Saúde

O referencial normativo brasileiro no campo da saúde, em especial a PNH, traz um conceito de ambiência para além de mero espaço físico que conhecemos. Compreendemos que essa política traz uma resignificação desse espaço físico, que é entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais. Nesse sentido, tem como premissas viabilizar atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2010b).

Desse modo, sua operacionalização segue prioritariamente três eixos: A confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos e que visem à integração; a viabilização da produção de sujeitos, que consiste em um local para encontro de sujeitos, por meio do qual seja possível a ação e reflexão sobre os processos de trabalho, portanto, pressupõe a ideia da arquitetura como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho; e o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, no sentido de favorecer a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo (BRASIL, 2010b). Destacamos que esses eixos se encontram organicamente interligados; além de que são somente um parâmetro norteador, o qual podem ser agregados outros aspectos importantes, tais como a concepção de território vivo.

A temática da ambiência ingressou ao círculo hermenêutico-dialético principalmente pela ocorrência das reformas realizadas a partir da nova gestão municipal. O Plano Municipal de Saúde de Fortaleza (2014-2017) aponta para investimentos significativos no campo de melhorias estruturais (FORTALEZA, 2014a).

Essas ações chegaram até a UAPS Luís Albuquerque Mendes, com uma reforma acentuada do espaço físico. Em primeira análise, isso é bastante reconhecido pelos sujeitos desse estudo. Entretanto, as construções são arraigadas de reivindicações, dentre as quais, destacamos, inicialmente, em relação ao tamanho da unidade de saúde, que não comporta as equipes, nem tampouco a demanda de usuários, conforme podemos observar na opinião dos trabalhadores.

Melhorou bastante, mas apesar de que essa unidade ainda é pequena para demanda que ela tem, mas melhorou bastante. Pelo menos todas as salas estão com ar condicionado, estão refrigeradas [...], mas é preciso aumentar, pois continua pequena, não atinge a demanda que é para ter não. Se todos os profissionais tivessem atendendo aqui ao mesmo tempo, não dava não, pela quantidade de salas que é insuficiente (Trabalhador 4, 05/03/2015, tarde).

Não há um ambiente pra reuniões, sempre tem que ser no consultório. Uma área disponível para fazer palestras, que é muito difícil. Muitos profissionais precisam esperar que outros profissionais saiam de uma sala para fazer o seu atendimento. Nunca dá para todos os profissionais ocuparem uma sala (Trabalhador 6, 11/03/2015 manhã).

Por ter vivenciado a realidade dessa mesma unidade de saúde outrora, por meio do PET-Saúde (2010-2012), me permito, confirmar alguns avanços destacados pelos trabalhadores, tais como a climatização das salas, maior quantidade de cadeiras para os usuários, televisão fixa e pintura. No entanto, diante desses achados e na perspectiva do referencial normativo dessa área, compreendemos que os eixos da ambiência foram parcialmente contemplados.

A confortabilidade focada na privacidade e individualidade confronta com diversas câmeras de segurança espalhadas pela UAPS. De acordo com a observação participante, foi possível identificar que elas ainda não estão operando e que os vigilantes se encontram apreensivos, tendo em vista que uma diminuição da quantidade desses trabalhadores faz parte de um plano de redução de gastos da gestão, na medida em que as câmeras estejam em plena monitoração. Os discursos não apontaram para a questão das câmeras, mas sim da problemática da violência. Durante as observações, alguns trabalhadores ressaltaram que já houve assaltos no percurso entre a UAPS e o seu veículo. Essa é uma fragilidade recorrente na realidade de Fortaleza. Os índices de violência nos chamam tanta atenção quanto os da desigualdade social.

O confronto entre os discursos e o referencial normativo se distancia quando se pensa a ambiência na perspectiva de seus outros dois eixos, que tratam da viabilização da produção de sujeitos, assim como ferramenta facilitadora de mudança do processo de trabalho. Isso se dá, pela ausência, na UAPS, de espaço adequado para os encontros, que por sinal, deixaram de ser semanalmente e passaram a ser bastante pontuais. Isso é algo preocupante, tendo em vista que uma das maiores barreiras para o trabalho em equipe são as relações interpessoais e de poder. Caso a ambiência não permita a ocorrência desses espaços, essas relações podem estar comprometidas (PONTE, 2014).

Quando é necessária alguma reunião, seja para qual motivo for, o responsável pela atividade procura outro equipamento social para seu uso. Em geral, é utilizado o espaço da Igreja Católica que é vizinho a UAPS, ou alguma sala do Projeto ABC da Serrinha, que inclusive foi onde ocorreu o encontro de negociação com os Trabalhadores. Outra opção, caso o encontro não tenha tantos participantes, é utilizar uma das salas de atendimento da própria UAPS, que a partir do discurso anterior apresentado pelo Trabalhador 6, identificamos que o espaço físico não contempla sequer a demanda dos profissionais de saúde que lá trabalham.

Retomando brevemente o debate bastante recorrente que é a pouca quantidade de profissionais de saúde em relação à demanda, os trabalhadores em saúde argumentam que há necessidade de ampliar a quantidade de equipes de Saúde da Família. Alguns deles, inclusive, relatam que o ideal seriam quatro outras, além das quatro já existentes. No entanto, alertam que, dentro das condições estruturas atuais da UAPS, isso não é possível, principalmente porque esses profissionais não teriam onde atender, por conta que muitas vezes acontece de a quantidade de salas não ser suficiente sequer para os profissionais que lá atuam – incluindo também equipes de residência, por exemplo. Diante disso, os trabalhadores sugerem a construção da UAPS em outro espaço, ou que o território seja subdividido em duas UAPS, tendo em vista que não há espaço para ampliação da unidade de saúde.

Outro grupo de reivindicação colocada pelos trabalhadores foi que não basta reformar e ao mesmo tempo sustentar ou retroceder a organização dos serviços de saúde para o modelo centrado na doença. Essa argumentação se faz presente transversalmente no discurso dos trabalhadores em saúde, a qual destacamos a seguir na narrativa do Trabalhador 9; por outro lado, os gestores não apontam para essa direção. Isso evidencia o caráter desse método avaliativo, em que de fato, os grupos defendem seus interesses e possuem pontos de vista.

O posto está lindo, mas não está funcional, não está sendo operacional, ou seja, de modo que as atividades a serem desenvolvidas verdadeiramente aconteçam, estejam acontecendo como tem que ser, propaganda linda, posto lindo, mas não condiz com a realidade conforme a necessidade dos usuários (Trabalhador 9, 18/03/2015 manhã).

Conforme podemos observar, alguns trabalhadores fazem uma associação entre a reforma realizada e a questão do marketing político. Ao mesmo tempo em que reconhecem os aspectos positivos advindos da reforma realizada, alertam que, apesar da UAPS estar visualmente bem equipada, isso não se manifesta no sentido de contemplar as necessidades de saúde dos usuários.

Desse modo, a crítica incide muito mais no modelo de atenção à saúde, que propriamente na ambiência. É possível identificar no estudo de Ponte (2014), que também teve como cenário o município de Fortaleza, que alguns usuários referem que a reforma estrutural não é suficiente para atender toda a população, que demanda mais recursos humanos, materiais de insumos e agilidade no agendamento de consultas a especialistas (PONTE, 2014). Portanto, essas são questões realmente recorrentes que indicam um distanciamento entre o conceito ampliado de ambiência e as mudanças realizadas no contexto da UAPS estudada.

### 7.3.2 Disponibilização de recursos materiais, medicamentos e insumos

No que se refere à disponibilização de medicamentos e insumos, encontramos um consenso entre os dois grupos de interesse em relação ao que vem sendo chamado de “desabastecimento” das unidades de saúde. Durante a vivência de observação participante pude comprovar que por diversas vezes os usuários se dirigiam até a farmácia da UAPS, em busca de medicamentos e muitos deles estavam em falta. Isso tem impactado diretamente sobre o atendimento das necessidades de saúde dos usuários, em especial, daqueles mais vulneráveis, que não dispõem de recursos financeiros para acessar esses medicamentos em uma farmácia privada ou até mesmo em uma farmácia popular.

Os trabalhadores se mostram amplamente revoltados com essa questão. Se por um lado os profissionais não dispõem do principal recurso do modelo de atenção curativista o qual dizem estar submetidos – o medicamento – por outro, alguns serviços nem sequer são ofertados pela ausência de insumos, como por exemplo a prevenção do câncer de colo uterino. Portanto, não se trata da não oferta de serviços especializados, mas sim de serviços básicos. Nesse contexto, conforme podemos observar no discurso dos trabalhadores e nos registros em diário de campo a seguir, nem mesmo uma APS seletiva, baseada na oferta de pacotes básicos de serviços de saúde, tem sido realizada, visto que muitos dos serviços básicos não estavam sendo desenvolvidos.

((Tema da disponibilidade de recursos materiais provoca risos)) A gente está vivendo dificuldades com problema de falta de material, na verdade é isso. Tem muito serviço aí parado, prevenção está parado por falta de material [...] então isso aí é bem complicado, está faltando mesmo e está comprometendo o serviço (Trabalhador 4, 05/03/2015, tarde).

Uma senhora chegou em busca de realizar exame de sangue. Foi informada que não está sendo realizado e que não há previsão para ser feito (Observação participante, 18/02/2015 tarde).

Uma mulher pergunta se pode marcar o exame de prevenção. A atendente informa que não está havendo marcação (Observação participante, 19/02/2015 tarde).

Embora a observação participante tenha evidenciado que situação na UAPS Luis Albuquerque Mendes tenha se “agravado” a partir de alguns meses atrás, conforme as informações empíricas apontam, a falta de medicamentos é algo que perdura há muito tempo em todo o sistema de saúde brasileiro. Em uma dimensão macropolítica, podemos argumentar que a reforma neoliberal iniciada na década de 1990, centrada em um modelo gerencialista e na desresponsabilização do Estado em relação à parcela significativa dos direitos sociais

conquistados. Especialmente, capilarizou no seio da sociedade brasileira diversas estratégias de privatização como as organizações sociais, Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), cooperativas e outras formas de terceirização da gestão e precarização do trabalho, que impactam fortemente na prestação de serviços do sistema de saúde público. Isso, por um lado fez com que a Reforma Sanitária contemplasse apenas parte dos seus objetivos e ao mesmo tempo, a manteve viva, com agenda ainda inacabada (PAIM, TEIXEIRA, 2007).

Essa conjuntura faz com que não haja financiamento adequado para o sistema público de saúde, além de repercutir fortemente na ausência de medicamentos e insumos básicos. De acordo com as informações empíricas e teóricas aqui emergentes, podemos afirmar que prejudica-se com isso tanto os usuários com condições agudas, pois falta o material básico para contemplar as condutas tomadas pelos profissionais de saúde; quanto aqueles com condições crônicas, tendo em vista que alguns procedimentos básicos como a prevenção do câncer de colo uterino deixaram de acontecer, assim como a ausência de diversos medicamentos também essenciais; e os trabalhadores com ideário sanitarista, que encontram na revolta um disparador de ocupação dos espaços de reivindicação, ou desanimam.

Por outro lado, a quem esse contexto favorece? Na realidade, os usuários não vulneráveis, ou simplesmente aqueles em que a compra do medicamento ou o pagamento do procedimento/consulta não afeta em seu orçamento, não serão tão afetados assim por esse fato. Não obstante, o usuário que recorre ao subsistema público de saúde e encontra muitas fragilidades, é obrigado a comprometer seu orçamento para manutenção ou reestabelecimento de sua saúde. Para isso, uma opção frequente tem sido o pagamento do sistema de saúde suplementar. Cientes de que nem os usuários que pagam, muito menos os que não podem pagar são os favorecidos, ao refletirmos para as opções dessas pessoas, já sabemos, portanto, qual grupo é beneficiado com essa conjuntura.

Diante disso, emerge uma questão importante: Que estratégias os profissionais de saúde eticamente implicados estão adotando para lidar com essa situação? Os resultados apontam que muitos deles estão comprando os próprios insumos. Com isso, quesitos básicos da unidade de saúde, como por exemplo papel toalha, gaze e luva, já foram levados pelos próprios trabalhadores, tendo em vista que a ausência desses materiais, inviabilizaria ou comprometeria seu próprio trabalho. No entanto, como podemos observar no discurso dos trabalhadores a seguir, alguns já não estão mais realizando essa compra com recursos próprios, tendo em vista que isso acaba comprometendo sua renda e não parece ser algo eventual. Segundo eles, a situação começou a se agravar em dezembro de 2014 e é a mesma para toda a cidade de Fortaleza, portanto, sem prazo para ser resolvido.

É péssima, não tem não. Pelo menos no meu trabalho, agente de saúde, é a gente que tem que comprar, não tem não. É fornecido nada! (...) Pelo posto geralmente falta algodão, falta gaze, geralmente falta álcool, falta até soro. Então é uma fartura, “farta” tudo. Que é coisa básica (Trabalhador 3, 03/03/2015, manhã).

Então, é uma coisa que a gente vem aí há alguns meses sem material né, então, eu mesma como profissional vendo a questão dos pacientes já trago uma quarta caixa de luva, já venho com o segundo pacote de gases, já venho trazendo papel de toalha de consultório de outros locais para poder suprir, só que chega um ponto que a gente não pode mais está fazendo isso porque você se compromete (Encontro de negociação, trabalhadores).

Embora seja louvável a iniciativa desses profissionais, por terem comprado alguns insumos com recursos próprios, os usuários do SUS não podem ficar dependentes dessas atitudes. Até mesmo porque o que os profissionais acreditavam ser algo ocasional, passou a ser contínuo. Por conta disso, eles tomaram a decisão de não realizar mais essa aquisição, a qual, inclusive, nem ocasionalmente é de competência deles. Por conta disso, alguns outros serviços culminaram com sua suspensão durante esse tempo, como por exemplo, alguns procedimentos de saúde bucal como referido no encontro de negociação.

Em relação aos medicamentos, não houve relatos quanto a serem comprados por profissionais. Ocorreu, na verdade, a presença de muitos usuários sem ter acesso a alguns deles. Situação essa que era agravada pelo fato dos trabalhadores não terem nenhuma previsão quanto a sua chegada, ou se sabiam, não poderiam se comprometer com a comunidade e essa data não ser cumprida, até porque, se chegaria no dia previsto ou não, fugia das competências deles.

No que se refere à disponibilização de medicamentos pelo sistema de saúde brasileiro, temos um avanço em relação a outros países que não possuem sistema universal, todavia, encontra-se bem distante de muitos outros. Essa problemática inclusive está entre as principais causas para uma insatisfação no trabalho dos profissionais da APS, isso porque fragiliza a resolutividade da atenção (OLIVERES; BONITO; SILVA, 2015).

Fortaleza, assim como outros municípios brasileiros, lida com a questão da ausência frequente de medicamentos básicos, como é o caso para hipertensão e diabetes (PAIVA; BERSUSA; ESCUDER, 2006; SOUZA JUNIOR et al., 2015). Essa problemática se agravou na gestão atual. Assim como indicam os discursos a seguir, assim como o registro em diário de campo, essa falta repercute diretamente nas redes de atenção, tendo em vista que a consequência óbvia de alguém que precisa rotineiramente de determinado medicamento e não tem acesso, é realmente uma situação de agudização de sua condição crônica e busca por atendimento em outros pontos de atenção.

É, com a falta de medicamentos, alguns pacientes com doenças crônicas, perdem o controle, não encontram medicamento, tem dificuldade de locomoção, de estar sempre vindo ao posto para ver se chega o medicamento. Então com essa possibilidade aumenta a demanda espontânea, no posto, conseqüentemente, aumenta a demanda espontânea, em hospitais, nas emergências (Trabalhador 6, 11/03/2015 manhã).

Aqui no posto falta tudo, desde dezembro que não tem material para curativo. Falta remédio, remédio básico: metformina, cálcio, omeprazol, em relação aos materiais, ficou foi pior. Falta tudo. Uma porcaria, sinceramente (Trabalhador 2, 12/02/2015 manhã).

Várias pessoas, em horários distintos, chegam a UAPS em busca de medicamentos, mas esses se encontram em falta, mesmo muitos dos presentes na lista de medicamentos indispensáveis da placa que existe na entrada da unidade de saúde, que inclusive contém o número da ouvidoria para reclamação em caso de falta (Observação participante, 19/02/2015 tarde).

Do ponto de vista das condições de saúde, o Trabalhador 6 traz uma informação importante que é o usuário com uma condição crônica que não seja devidamente cuidada, culmina com uma agudização dessa situação, decorrente de complicações. Com isso, para que a agudização das condições crônicas seja minimizada, é importante que sejam desenvolvidas ações de melhorias da atenção programada às condições crônicas, de maneira que se tenha uma APS resolutiva, e desse modo, interrompendo a necessidade de encaminhamentos evitáveis (MENDES, 2011).

Desse modo, além da organização da agenda de serviços estar inclinada às condições agudas, na concepção dos trabalhadores, a ausência de medicamentos básicos dificulta ainda mais o cuidado aos usuários com condições crônicas. Com isso, os usuários precisam recorrer com maior frequência aos serviços de demanda espontânea, da UAPS, ou até mesmo a outros pontos de atenção, o que contribui para o cenário de superlotação dos hospitais. É preciso uma APS robusta, inclusive no que concerne a disponibilização de medicamentos e insumos, para que o sistema de saúde possa dar resposta as necessidades de saúde da população.

#### 7.4 FORMAÇÃO COMO TRANSFORMADORA DAS PRÁTICAS: REALIDADE OU UTOPIA?

Dentre as diversas narrativas dos sujeitos, observamos como ponto de destaque no que se refere ao debate sobre a formação, seu caráter funcional, principalmente na possível melhoria no quesito resolutividade, com conseqüente redução nos encaminhamentos e nas filas de espera. Além disso, a formação inicial em saúde é questionada. O cerne da discussão perpassa ainda por dois dispositivos importantes no âmbito da saúde coletiva: o apoio matricial e a educação

permanente em saúde. Nesse sentido, dissertaremos esse núcleo de sentido tendo como ponto de partida inicial esses dois marcadores.

#### **7.4.1 Apoio Matricial e Educação Permanente como dispositivos de formação em saúde**

Apoio matricial é uma ferramenta de reorganização dos serviços de saúde, postulado por Gastão Wagner de Sousa Campos. Esse método foi experienciado inicialmente entre 1990 e 1998, em três unidades de atenção em saúde mental de Campinas, São Paulo, além de algumas outras cidades. Após o êxito nesses cenários, ganhou espaço e se institucionalizou em diversas políticas nacionais de saúde como uma tecnologia em saúde importante. Em síntese, o apoio matricial pode ser compreendido pela articulação entre as equipes de referência e os apoiadores matriciais. Trata-se de um processo de construção dialógico e compartilhado, a partir de intervenções pedagógico-terapêuticas (CAMPOS, 1999).

Os apoiadores matriciais são responsáveis pelo suporte especializado às equipes de referência, que pode ser compreendido por duas dimensões eminentemente imbricadas: o caráter assistencial e técnico pedagógico (CAMPOS, 1999). O Ministério da Saúde (2004) destaca dois públicos prioritários no apoio matricial, a primeira delas são os “usuários dos serviços”, que incide diretamente na dimensão assistencial do apoio, ou seja, o especialista realizará o atendimento, na busca por soluções compartilhadas para o caso; a segunda diz respeito ao “próprio serviço”, que evidencia a dimensão pedagógica do apoio (que inclusive foi a mais destacada nesse estudo), que é o processo de autonomia dos profissionais de saúde da equipe de referência para lidar com casos semelhantes, mesmo sem a presença do apoiador matricial, ampliando a resolutividade da atenção.

A equipe de referência é composta por profissionais essenciais para o caso, que mantém o acompanhamento longitudinal. Essa equipe tem a função principal de coordenar os processos de cuidado desenvolvidos e de participar de todas as tomadas de decisão (assim como o usuário) (CAMPOS; DOMITTI, 2007). Em geral, os profissionais da APS exercem a função da equipe de referência, pela questão do vínculo e do cuidado longitudinal, que fazem parte mais fortemente em seu processo de trabalho. Já os apoiadores matriciais, na maioria das vezes, fazem parte de outros níveis de atenção.

No entanto, em determinadas situações, alguns profissionais da APS podem exercer a função de apoiadores matriciais, como é o que geralmente ocorre com os profissionais do NASF. Nessa situação, temos tanto os apoiadores matriciais, quanto a equipe de referência da APS. Independente disso, pelo contato mais próximo proporcionado através do trabalho

interprofissional promovido por essa tecnologia, os especialistas (apoiadores matriciais) também se tornam corresponsáveis pelo caso, mesmo não convivendo diariamente com os casos.

Na realidade de Fortaleza, assim como a de diversos municípios brasileiros, o apoio matricial se desenvolveu principalmente na área da saúde mental. Isso se deve ao fato do método ter surgido nesse campo. Nesse sentido, os sujeitos desse estudo ao tratarem de apoio matricial referem principalmente a Rede de Atenção à Saúde Mental. A partir de uma interpretação da realidade de Fortaleza, os gestores alertam para algumas problemáticas em relação a sua operacionalização:

[...] a gente tá com um certo prejuízo de profissionais psiquiátricos e a gente enquanto gestor a gente tem o entendimento que os pacientes que estão no CAPS eles são moradores de território, então eles são vinculados a uma unidade básica de saúde, mas os profissionais da unidade básica de saúde não sabem manejar, então, a gente tem vislumbrado bem fortemente as questões do matriciamento da saúde mental como forma mesmo de dar resolutividade, de dar respostas positivas para os pacientes dos CAPS (Gestor 3, 05/03/2015 tarde).

A pouca quantidade de especialistas é uma problemática recorrente no discurso dos gestores, afinal, como desenvolver o apoio matricial sem os profissionais apoiadores? Essa reflexão não condiz com a perspectiva de inserir especialistas na APS, situação essa que fomentaria o modelo biomédico de fragmentação do cuidado. Ao invés disso, estamos tratando da pouca quantidade de profissionais especialistas nos demais níveis de atenção, nesse caso, na rede de atenção à saúde mental, o que não exclui as demais áreas.

Em geral, são esses especialistas que transitam pela RAS, ao exercer a função de apoiadores matriciais. Por conta disso que os gestores atribuem a falta de especialistas como um dos pontos prioritários para a situação atual de desconstrução desse espaço. Todavia, a quantidade insuficiente de profissionais não se limita aos especialistas, mas também aos trabalhadores da APS. As principais evidências em relação a isso é a baixa cobertura da APS no contexto das metrópoles nacionais, que é o caso desse estudo. Assim como a falta de profissionais Médicos em regiões periféricas do Brasil. Vale ressaltar que essas problemáticas são reconhecidas e que têm sido realizados alguns investimentos no sentido de mudança desse contexto, tais como a implantação do programa Mais Médico e a tramitação do programa mais especialidades.

Outra barreira que se sobressai nos discursos é em relação à resistência dos profissionais a determinadas práticas. De acordo com o Gestor 2, “*os profissionais as vezes boicotavam de forma sutil*” o apoio matricial. Como alternativa ao que considera boicote, indica a construção

pactuada dos espaços de apoio matricial, a partir de um processo dialógico com a base (os trabalhadores em saúde). Nesse sentido, esse mesmo Gestor 2 indica que “iria começar o Matriciamento, mas somente na função pedagógica, fazendo algumas rodas com os profissionais da unidade, para estar conversando sobre o paciente com transtorno mental, ouvindo dos profissionais como é que poderia se estruturar o Matriciamento [...]”.

É possível inferir desse discurso que tentativas verticalizadas foram tentadas por parte da gestão, mas sem sucesso, fato esse que contradiz com o discurso que esses espaços outrora foram mais efetivos.

Compreendemos o estreitamento da relação entre os níveis mais altos da gestão e os trabalhadores em saúde como postura potente no que se refere à produção de novas práticas de gestão, na medida em que é permitido ao coletivo a liberdade de criação. Inferimos esse ponto de vista com base na experiência da Assessoria Técnica em Atenção Básica de Londrina, Paraná, em que eram realizadas visitas da gestão (composta por trabalhadores), além de reuniões semanais de educação permanente. Nesse contexto, a Educação Permanente se mostra claramente como ferramenta de gestão, visto que a transformação das práticas ou a implantação de determinado modelo de atenção, nesse caso, a regulação e a produção de cuidado, se apresenta coerente com práticas de gestão horizontalizadas (BADUY et al., 2011). Entretanto, as informações empíricas apontam que a implantação do modelo de atenção à saúde no contexto de Fortaleza não tem sido assim.

Como ponto basilar nesse debate, principalmente no que se refere ao apoio matricial, os sujeitos alertam para uma realidade que fora considerada melhor, o que indica que houve um retrocesso. Em contrapartida, (re)conhecer que é uma tecnologia em saúde que já foi praticada e que na conjuntura atual deixou de ser, é um primeiro passo para sua retomada. Nessa perspectiva, identificamos que os gestores apresentam interesse em iniciar o apoio matricial no que denominam “função pedagógica”, ou seja, sem o caráter assistencial de atendimento dos casos por parte dos apoiadores.

O que é que a gente está fazendo, no caso da rede das condições crônicas, hipertenso e diabético, que a gente começou a fazer na regional I, IV e V, a gente está promovendo encontros dentro da própria unidade de saúde, com todos os profissionais da atenção primária com os especialistas vindo a unidade e a partir daí eles se conhecendo [...]. É o momento de matriciamento e de discussão conjunta que ambos se fortalecem tanto o especialista precisa ouvir, estar junto da atenção primária como a atenção primária precisa compreender o que faz o especialista para o plano de cuidado dar certo (Gestor 4, 17/03/2015 tarde).

Não podemos negar o potencial da promoção dos espaços teórico-conceituais existentes, aqui denominados de apoio matricial, todavia, conforme a digressão sobre o conceito já apresentada, o caráter assistencial é também uma premissa básica na operacionalização desse dispositivo. Retirar essa dimensão do apoio é uma descaracterização da tecnologia. No entanto, o apoio matricial em uma perspectiva somente pedagógica, conforme podemos observar no discurso do Gestor 4, não se faz presente somente na realidade de Fortaleza. Em Amparo, São Paulo, as principais ações de apoio matricial no campo da saúde do trabalhador são reuniões temáticas com as equipes de referência, em especial, com apoio a demandas e produção de informações (SANTOS; LACAZ, 2012).

Os encontros entre os especialistas e as equipes de Saúde da Família nas UAPS se apresentam como potentes, principalmente no que concerne ao estreitamento das relações entre os trabalhadores da APS e os demais profissionais das RAS. Destacamos esse aspecto tanto no que diz respeito à equipe de Saúde da Família compreender o trabalho desenvolvido pelo especialista, no sentido de aprimorar suas próprias práticas, quanto no que se refere ao especialista se corresponsabilizar pelos casos da APS.

Outro ponto importante é a descentralização dos espaços pedagógicos, outrora limitados aos espaços exclusivamente formais. Pensamos a educação permanente em saúde, assim como o apoio matricial, como práticas transversais no cotidiano de trabalho, não sendo preciso que, necessariamente, exista dia, local e horário para sua ocorrência. Embora permaneça com esse caráter institucionalizado, com operacionalização rígida, sua ocorrência na própria UAPS e no contexto de trabalho dos profissionais, já é um avanço.

O reconhecimento do potencial dos espaços de formação como transformador das práticas é legitimado tanto pelo grupo de trabalhadores em saúde, quanto pelos gestores. Mas somente os gestores possuem uma representação de conquistas a partir desses espaços, na conjuntura atual.

Através de um curso que eu fiz na Escola de Saúde Pública, há vários anos atrás, eu descobri que a APS é uma coisa que eu vou lutar para resto da minha vida para ver se posso melhorá-la. Eu acredito que a atenção primária, como o nome já está dizendo, [...] é o pilar da atenção (Trabalhador 6, 11/03/2015 manhã).

[...] teve um curso de reumatologia para os médicos da atenção básica onde os médicos da atenção básica eles levavam alguns pacientes que eles encaminharam para a fila de espera para que pudesse discutir com o reumatologista que estava ministrando o curso e é impressionante o impacto que tem isso. Os profissionais que participaram do curso eles se envolveram, eles atenderam os pacientes que eles tinham encaminhados para a sala de espera e esses profissionais eles estão encaminhando muito pouco, porque eles tiveram a orientação, eles ficaram com o contato com o profissional que foi lá, facilitar o curso e eles tiram muitas vezes as dúvidas com esses profissionais então eles têm encaminhado muito pouco (Gestor 2, 18/02/2015 tarde).

Com base no confronto entre os diferentes grupos de interesse, observamos posicionamentos divergentes e complementares, mas não há um alinhamento quanto às proposições dos gestores e dos trabalhadores, quando o debate permeia o campo da Educação Permanente. Os discursos acima apontam para algumas potencialidades desses processos formativos. O trabalhador 6, por exemplo, indica que em outra conjuntura, teria participado de uma formação na Escola de Saúde Pública do Ceará, que foi determinante nos rumos de sua vida profissional, principalmente no que diz respeito a sua opção pela militância na APS, contexto em que trabalha há 17 anos (período esse que sugere que essa formação tenha ocorrido também há vários anos atrás). Indica, em seu discurso, que outrora, os espaços de Educação Permanente eram mais efetivos.

Cabe destacar a criação da política de Educação Permanente em Saúde. Esta surge, realmente, como estratégia de gestão na reorganização do sistema de ensino e saúde. Essa organização pressupõe uma aproximação entre o trabalho em saúde e as necessidades da população, por meio da qual é possível ampliar a resolutividade da atenção e fortalecer o campo da reforma sanitária brasileira (LOPES, et al., 2007). Assim, a área da formação “no” serviço se amplia para a dimensão do “com” o serviço, de tal forma que suas contribuições não se limitam a ações desenvolvidas pelos educandos ou até mesmo na formação de futuros profissionais mais competentes, mas com imbricação direta e transversal nos serviços de saúde e com seus trabalhadores, que culmina com repercussões também imediatas.

Conforme aqui discutido, um dos pontos de destaque do discurso dos gestores diz respeito ao caráter funcionalista da Educação Permanente. Destacamos, então, a argumentação do Gestor 2, que indica como resultantes dessa tecnologia, justamente, a ampliação na resolutividade dos serviços, e conseqüentemente uma redução nas filas de espera. Estudos em outras realidades apontam que o “apoio à produção de cuidado integral”, centrado nas especialidades das filas de espera<sup>27</sup> é uma estratégia potente para mudança desses excessos (BADUY et al., 2011). Essa informação foi reiterada pelos gestores no encontro de negociação, ao levarmos a questão de que o apoio matricial ocorria com base nos casos da fila de espera e direcionados ao caráter pedagógico da formação, dissociado da dimensão assistencial:

[...] a história do apoio matricial, da interconsulta, é o especialista que vem para a unidade de atenção primária, que senta com as equipes da saúde da família, com os médicos e discute a condução, o seguimento, enfim, o que foi feito com aquele

---

<sup>27</sup> A questão da fila de espera foi aprofundada na Seção 7.1, intitulada “Baixa cobertura e a insuficiência da atenção primária à saúde”, que faz parte desse mesmo capítulo.

paciente. Então não é que está acontecendo com uma fila de espera, está acontecendo uma rede, de atenção as condições crônicas e dentro dessa rede, uma das condições é o diabético e está acontecendo ainda as unidades de laboratório que aí o processo vai se expandindo lentamente (Encontro de negociação, gestores).

Que esses profissionais da atenção especializada, eles além de ser referência para o atendimento né, para consulta, ele seja também referência de capacitação das equipes (Gestor 5, 26/03/2015 tarde).

Nos discursos acima identificamos que o profissional da unidade de referência se corresponsabiliza pelos casos da APS tanto no que se refere ao atendimento dos usuários encaminhados, quanto na formação dos profissionais das equipes de Saúde da Família. Assim, independentemente se o apoio matricial (ou de encontro formativo entre o especialista e membros da equipe de Saúde da Família) foi realizado com usuários participantes (ou se são somente discussão dos “casos”), a literatura indica que esse encontro realmente amplia a capacidade resolutiva das equipes de Saúde da Família. É possível encontrarmos subjetivações distintas no que se refere aos sentidos atribuídos ao apoio matricial, mas ao mesmo tempo, sua importância para o aprimoramento das ações da ESF é consenso (FITTIPALDI; ROMANO; BARROS, 2015).

O vínculo entre as equipes de Saúde da Família e os especialistas, além da troca de experiências e saberes, proporcionadas por meio do apoio matricial, são realmente um caminho alternativo às dificuldades de encaminhamentos (HIRDES, 2015). Vale ressaltar que o apoio matricial não tem por objetivo findar a referência e contrarreferência, mas sim, conforme inclusive foi trabalhado pelos grupos de interesse, ampliar a resolutividade dos serviços da APS.

A melhoria na resolutividade não se limita a dimensão dos saberes dos especialistas serem incorporados por parte dos profissionais da ESF, pois emerge fortemente como movimento de troca de saberes e de experiências. Com isso, novos agenciamentos e processos de trabalhos no território são desenvolvidos. O estudo de Hirdes (2015) encontrou que a prática do apoio matricial permite aprimorar ou desenvolver a resolutividade, interdisciplinaridade, acolhimento, vínculo, integralidade, acessibilidade e longitudinalidade. Já no estudo de Fittipaldi, Romano e Barros (2015) os interlocutores identificaram como princípios e diretrizes, também a resolutividade, assim como a integralidade, a corresponsabilização, a interdisciplinaridade e a educação permanente. Deparamo-nos, então, com duas pesquisas diferentes, mas que apontam resultados semelhantes.

Vale ressaltar que não podemos considerar a melhoria da resolutividade da assistência, como única forma de enfrentamento das problemáticas relacionadas ao acesso aos serviços especializados. Diversos outros problemas precisam ser considerados, tais como o investimento

de recursos no setor privado, principalmente pela terceirização. Um olhar de maior profundidade permite observar que a base dessas condições é de ordem política. Além disso, a interpretação do discurso dos trabalhadores em saúde alerta para posicionamentos mais críticos em relação ao estado dessa questão, sendo levantado por alguns, inclusive, a inexistência desses espaços de formação.

Rapaz, educação permanente praticamente nós não temos [...]. Os agentes de saúde que chegaram, muitos dos que chegaram e foram desenvolvendo o trabalho deles e os agentes de saúde mais antigos foram no toque, é aqui, é ali, assim, porque curso de permanência, raramente tem curso, raramente tem um curso (Trabalhador 9, 18/03/2015 manhã).

Não é só agente de saúde não, quando a gente passou no PSF, quando a gente passou em 2006, tem um curso chamado curso de imersão que a gente fazia na escola de saúde pública, duas semanas todos os dentistas, médicos, enfermeiros, a gente ficou duas semanas estudando eles mostrando quais eram os princípios do SUS, como é que a gente fazia a questão da clientela, como é que devia ser o atendimento, qual demanda era programada tudinho, o que é que aconteceu, depois entraram outros médicos, enfermeiros e não fizeram nenhuma palestra. Tinha no começo, agora não tem mais (Encontro de negociação, trabalhadores).

As informações empíricas apontam para uma questão delicada, que foi reafirmada com afinco no encontro de negociação dos trabalhadores em saúde: alguns trabalhadores são inseridos nos serviços da APS desprovidos de qualquer formação prévia. A situação se ameniza quando tratamos de algumas categorias que possuem em sua formação inicial alguns espaços para a APS (embora essa também tenha sido alvo de críticas, que foram discutidas mais a frente nesse trabalho), que é o caso dos médicos, enfermeiros e dentistas. Já para a função de ACS, por exemplo, muitos iniciam o trabalho dependentes de “toques” ou “dicas” dos profissionais mais experientes, os quais falam com muita propriedade, justamente por serem “mais experientes”.

Os sujeitos rememoram tempos em que um requisito para trabalhar na APS era participar de uma formação, a qual relatam ser denominado de curso de imersão. Este era ofertado pela própria gestão municipal, e sua ausência é sentida pelos trabalhadores em saúde, embora não mencionado pelos gestores. Essa ausência impacta fortemente na gestão das RAS, afinal, como consolidar a APS enquanto coordenadora e ordenadora do cuidado sem que alguns trabalhadores saibam que essa é uma das funções da APS?

A não participação dos profissionais médicos em programas de capacitação com temáticas relacionadas às RAS ou gestão de serviços, atrelada ao agravante da formação direcionada a especialidades, é algo recorrente. Isso limita suas habilidades no sentido de dificultar sua compreensão sobre a organização do sistema de atenção à saúde em redes (LIMA;

LEITE; CALDEIRA, 2015). Destacamos que a formação fragmentada não é algo presente apenas na formação médica.

Percebemos a insatisfação por parte dos trabalhadores em saúde, no que se refere a pouca oferta de espaços formativos para a Educação Permanente. Tendo em vista esse fato, podemos inferir que esse grupo de interesse compreende essa tecnologia mais fortemente em sua dimensão institucionalizada, ou seja, seu caráter formal. Por outro lado, alguns sujeitos destacam o desinteresse por parte de alguns trabalhadores em saúde. Todavia, colocam a educação permanente em saúde como sinônimo de capacitações tradicionais, em espaços formais.

É uma pena porque nem todos os profissionais eu digo até a maioria dos profissionais não tem o hábito de estar realmente participando dos cursos nessa perspectiva, mas assim, a gente tem tentado com aqueles que estão dispostos, fazendo aquele trabalho de formiguinha (Gestor 2, 18/02/2015 tarde).

[...] aparecem cursos para serem feitos, que a prefeitura chama, que o Estado chama. É mais assim, as vezes não tem o interesse de alguns profissionais (...) Mas eu ainda acho deficiente, essa parte. Está faltando mais educação continuada (Trabalhador 6, 11/03/2015 manhã).

Conforme indicado pelo Trabalhador 6, a compreensão de educação permanente em saúde por parte de muitos profissionais é que se trata de cursos a serem ofertados. Muitas vezes são cursos permeados pela lógica conteudista, com foco na “transmissão” do conhecimento. A partir de uma busca na literatura, podemos indicar que não se trata de uma realidade presente apenas em Fortaleza. Um estudo realizado em Itajuípe, Bahia, os profissionais compreendem a educação permanente em saúde como as atividades de cunho popular, realizadas junto à comunidade, ou ainda em um sentido que mais se aproxima com o encontrado na realidade do presente estudo, que é o entendimento dessa tecnologia com um caráter meramente atualizador, o qual rotineiramente é preciso que seja ofertado (SANTOS; COUTINHO, 2014).

Outro estudo, realizado em treze municípios do Rio Grande do Sul, identificou também que os trabalhadores não relacionam suas práticas diárias a Educação Permanente em Saúde, mas assim como no presente estudo, associam diretamente a carência de capacitações. Naquela realidade, os autores atribuem a não compreensão ampliada dessa tecnologia como sendo resultante de uma implantação verticalizada da política de educação permanente no âmbito do município, principalmente no que diz respeito a discussões e reflexões quanto ao trabalho em equipe. Indicam ainda que os processos formativos centrados em palestras verticais são também reproduzidos por parte dos trabalhadores para com os usuários (CUNHA, et al., 2014). Diante

disso, podemos inferir que a associação entre a educação permanente em saúde e a oferta de cursos é algo presente em muitos municípios brasileiros.

Esse achado sugere que uma das linhas de ação para a Educação Permanente em Saúde em Fortaleza seria justamente o trabalho acerca da compreensão da tecnologia. Ceccim (2005) fundamenta-se em Revore e Merhy para indicar que esse processo envolve implicação política, implicação ética ou produção de mundo e produção de si. Complementa que se trata de uma “estética pedagógica” para a experiência de problematização e da invenção de problemas. Nesse sentido, não se faz necessário ser especialista no assunto para identificar que essa prática vai bem além da oferta rotineira de cursos. Merhy (2005) evidencia a necessidade prioritária da busca incessante da consolidação da pedagogia da implicação, para que ocorra posteriormente mudança na forma de lidar com a saúde. Assim, parte da premissa de engendrar o desafio da produção da auto-interrogação de si mesmo no agir produtor do cuidado, ao colocar-se ético-politicamente em discussão, no plano individual e coletivo, do trabalho.

Os gestores apontam algumas dificuldades na operacionalização da Educação Permanente no município, ao mesmo tempo que reconhecem algumas fragilidades, como por exemplo preencher a carga horária destinada a formação. Compreendemos que essa conscientização é basilar para repensar a forma como vem sendo desenvolvida essa prática. Mesmo com esse entendimento, reiteram a lógica da oferta de cursos, embora com tímida representação de o que seria essa formação para além do âmbito do ensino formal.

[...] na contramão disso tudo vem a intenção do município de ofertar uma carga horária de 8 horas semanais para a educação permanente. Só que vamos lá, nós temos 408 equipes, colocando, pelo menos, que não é só isso, porque devo considerar todo, tipo enfermeiro, dentistas, auxiliares, todo mundo que trabalham nas unidades de saúde. Então vou colocar 5 profissionais por equipes, de 408 foi para dois mil e quarenta pessoas, por baixo, como é que eu vou manter um programa de educação permanente no município voltado para mais de duas mil pessoas em 93 unidades? São 8 horas por semana. É complicado, mas o município tem uma coordenaria para isso é o COGTES (Gestor 3, 05/03/2015 tarde).

Conforme identificamos no discurso do Gestor 3, o cenário do município estudado, que se caracteriza como uma das metrópoles nacionais, possui grande dificuldade no sentido de operacionalização da logística da educação permanente em saúde. Conforme já mencionado, uma alternativa importante que já existe em Fortaleza é a subdivisão administrativa do município em secretarias regionais. Ainda assim, aparentemente não há no município uma política robusta de educação permanente em saúde, todavia, não temos subsídios para realizar essa afirmação. Para isso, precisaríamos envolver interlocutores da gestão pertencentes da COGTES, o que não foi o caso.

Cabe aqui alertar também para outro ponto de vista. Ora, mesmo supondo a realidade do estudo fosse em um município pequeno, seria muito difícil contemplar a carga horária semanal prevista para educação permanente em saúde, partindo de uma compreensão limitada a oferta de capacitações. Fosse assim, teríamos uma rotina intensa de aulas, quando na realidade, a ideia é fomentar espaços de formação pelo e para o trabalho. Assim, teoria e prática não seriam, na maioria das situações, dissociadas. Conforme podemos observar no discurso do encontro de negociação dos gestores, alguns deles possuem uma concepção ampliada sobre a Educação Permanente e indicam que é preciso *“entender que essas 8 horas, elas não são necessariamente presenciais, elas são à distância, elas podem ser presenciais, então, pode estar fazendo um curso ou até no serviço”*.

Alguns outros desafios para efetividade da Educação Permanente são elencados por Ceccim (2005), tais como: A baixa disponibilidade dos profissionais; a distribuição irregular com grande concentração em centros urbanos e regiões mais desenvolvidas; a crescente especialização e dependências de tecnologias mais sofisticadas; o predomínio da formação centrada nos aspectos biológicos e tecnológicos da assistência. Os principais desafios para o desenvolvimento do apoio matricial também são semelhantes. No contexto de Amparo, São Paulo, foi identificado a sobrecarga de trabalho, a rotatividade de profissionais e a organização regional estão entre as problemáticas mais recorrentes (SANTOS; LACAZ, 2012). Muitos desses condicionantes são também encontrados na realidade desse estudo.

Apesar desse contexto de contradições, foram identificadas algumas potencialidades nessa seara, na realidade de Fortaleza, dentre as quais se evidenciaram duas: o trabalho do programa Cirandas da Vida e a proposta da inserção de tutores, as quais serão discutidos a seguir.

#### **7.4.2 Outras linhas de fuga da educação bancária: estratégias em destaque**

Algumas mudanças na operacionalização da Educação Permanente em Saúde, ou a retomada dessas estratégias, como é o caso do “programa” Cirandas da Vida, têm sido avaliados positivamente pelos trabalhadores em saúde. Esse programa tinha se distanciado, ao menos na realidade da UAPS Luis Albuquerque Mendes e os primeiros encontros entre os “cuidadores” e os trabalhadores da UAPS do retorno coincidiram com a observação participante. O entusiasmo dos profissionais é evidente, ao rememorar tempos aos quais relatavam serem bem mais frequentes os encontros formativos, os quais muitas vezes possuíam também uma dimensão terapêutica.

Algumas pessoas do projeto “Cirandas da Vida” chegaram à UAPS. Em diálogo com a enfermeira ela indica que estão fazendo as coisas que eram feitas antes, o que era conhecido como “cuidando do cuidador”. Os trabalhadores comentam entre si que gostaram muito. Relembra a dinâmica de integração realizada com afeto. Converso com um dos cuidadores do momento que indica que é uma iniciativa da COGTES e começaram hoje com uma explicação a respeito do projeto para todos os ACS, com objetivo de identificar quais tem interesse em participar. Fala ainda que serão realizadas ações individuais, de reiki, massagens, entre outras, além de algumas atividades em grupo. Os encontros serão semanais, na realidade daquela UAPS (Observação participante, 05/03/2015 tarde).

Conforme podemos identificar no diário de campo, os trabalhadores relembra o que outrora era denominado cuidando do cuidador. Nesse caso, um momento em que era ofertado um serviço de cuidado aos profissionais cuidadores, no caso, os trabalhadores em saúde da ESF. Como pude vivenciar a realidade desse território anos atrás (2010 a 2012), por meio do PET-Saúde, afirmo que os espaços de cuidados não se limitavam a trabalhos desenvolvidos pelo grupo Cirandas da Vida, mas que os próprios trabalhadores promoviam encontros, tais como datas comemorativas, aniversários, entre outros. No contexto atual, essas situações de afetividade ocorrem em situações muito pontuais, fato esse que levou tamanha repercussão pelos trabalhadores após essa vivência.

O movimento Cirandas da Vida nasce em 2005, a partir de uma iniciativa de atores e atrizes vinculados à Articulação Nacional de Movimentos e Práticas de Educação Popular e Saúde – ANEPS, influenciado pelos postulados de Paulo Freire e fundamentado na Educação Popular em Saúde. Busca uma interface entre a arte e a gestão em saúde, direcionado a uma perspectiva popular. Destarte, a emancipação do ser humano entra em cena, como um dos objetivos fundantes. Desde então, passou a ser referência nas áreas de educação popular e luta pelo direito em saúde em Fortaleza (DANTAS et al., 2012; FORTALEZA, 2015b).

Sua primeira inserção no que diz respeito ao âmbito institucionalizado do município foi em 2006, a partir do Sistema Municipal de Saúde-Escola. Na atual gestão municipal (desde 2013), o Cirandas da Vida integra uma das linhas de ação da COGTES. A ideia do Cirandas da Vida é realmente de resgatar uma perspectiva popular para o campo da gestão, além de buscar romper com a fragmentação setorial, por meio da Educação Permanente. Trata-se, portanto, de uma forma de resistência dos setores oprimidos, assim como uma estratégia para repensar as políticas de saúde (DANTAS et al., 2012; FORTALEZA, 2015b).

Ferraz et al. (2006) ao tratar da educação permanente, destacam que o ato de educar pode ser também um ato de cuidado, tendo em vista o processo educativo/cuidativo que ocorre no trabalho. Com a ressalva de ser um estudo de 2006, reiteramos um apontamento dos autores,

ao indicar que na maioria das instituições de saúde isso se configura como utopia, tendo em vista principalmente a educação permanente ser confundida como apenas uma capacitação. A partir disso, esses autores apresentam um entendimento de educação permanente como forma de reorientação contínua do trabalho, que pode estar associada ao processo em que denomina cuidadoso dos cuidadores – trabalhadores em saúde. Embora saibamos que esse movimento não está plenamente difundido na realidade de nosso estudo, podemos afirmar que ele também não se encontra morto, tendo em vista alguns trabalhos que são desenvolvidos, como por exemplo, o Cirandas da Vida.

Outra estratégia que foi implantada (ou se está tentando implantar) é a inserção de tutores nos serviços de APS. Não há nenhum documento formal que aponte como é esse processo. Há indicativos que seja fruto da consultoria da equipe de Eugênio Vilaça Mendes, em que os tutores, que são Técnicos das Secretarias Regionais escolhidos pelo coordenador da regional, desenvolvem função de apoiadores nos processos de trabalho nas unidades de saúde. Essa forma de apoio vem sendo desenvolvida inicialmente em algumas unidades laboratório, para auxiliar na implantação da proposta operacional da atual gestão municipal. Tarefa essa que parece ter sido finalizada no contexto da UAPS Luís Albuquerque Mendes, tendo em vista que durante a observação participante não houve visitas dos tutores. Alguns trabalhadores indicaram que a tutoria atuava na unidade de saúde nos dias de terça-feira à tarde.

A inserção de tutores nos territórios não é algo novo. No campo das Residências Multiprofissionais em Saúde, por exemplo, a figura do tutor e do preceptor se faz presente há um bom tempo. O município de Sobral, Ceará, traz uma experiência significativa nessa área, principalmente, pela mudança que ocorreu nos últimos anos, na qual o tutor deixou de fazer parte exclusivamente do programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, passando a ser tutor de território, em uma dimensão intersetorial.

A Tutoria de Campo também passa por uma adequação, desviando o foco em atividades de orientação acadêmica e até mesmo da própria Residência Multiprofissional em Saúde, e passa a exercer a função principal de apoio pedagógico-assistencial no campo de aprendizagens (território) e de gestão dos profissionais da ESF, sendo não mais um Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde, mas sim Tutor do Território, pertencendo ao Sistema de Saúde Escola/ Sistema Aprendente em sua totalidade, estando diariamente presente no território, apoiando dessa forma também as equipes de Saúde da Família, os profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, acadêmicos, lideranças comunitárias, usuários, entre outros atores presentes no território, além da articulação intersetorial (SOBRAL, 2013). Nesse sentido, tendo em vista essa nova conformação da tutoria com foco no Sistema de Saúde Escola e não

especificamente restrito a Residência Multiprofissional em Saúde (destoante com o desenho do Ministério da Saúde), qual seria a função do Tutor nessa realidade?

Parente (2008) evidencia algumas características pertinentes a esse questionamento, a saber: (i) O apoio à equipe multiprofissional; (ii) A organização dos processos de trabalho; (iii) Responsabilidade sanitária; (iv) Integralidade da atenção; (v) Avaliação do processo formativo. Essas funções claramente não restringem a atenção aos profissionais residentes, tendo um caráter de cogestão dos coletivos presentes nos territórios. Seria talvez uma perspectiva interessante para inserção desse profissional em Fortaleza.

Outra ideia de tutoria pensada para a realidade estudada é a inserção de tutores (que se assemelham a apoiadores matriciais) por unidade de referência. Conforme já tratado anteriormente nesse relatório, as UAPS possuem as unidades de referência para cada RAS e a perspectiva apresentada pelos gestores é de inserir um profissional de cada uma dessas redes de saúde para cuidar de processos formativos relacionados à linha de cuidado em que pertence. Essa perspectiva foi reiterada no encontro de negociação dos gestores.

[...] Que é aquela ideia desenvolvida em Minas Gerais, em que a médica pega grupos tutoriais, por exemplo, um expert em endócrino, aí ele pega 10 médicos e fica permanentemente com eles tirando todas as dúvidas naquela área, naquele em que ele é expert. Por isso, que ele fica com essa figura de tutor, portanto, de acordo com as necessidades daquele grupo de profissionais, então é mais ou menos isso (Encontro de negociação, gestores).

A criação de grupos tutoriais de educação permanente, conforme o discurso dos gestores é algo importante, uma vez que muitos profissionais da APS possuem dificuldade no cuidado de casos relacionados a determinada especialidade. Todavia, é necessário que esse processo dialógico não se limite aos médicos da ESF, conforme destacado nos discursos, mas que se estenda a todos os profissionais de saúde.

Essa lógica da retaguarda especializada aos médicos da APS, muito se assemelham às ações de apoio matricial, mas como podemos observar nas narrativas dos gestores, a proposta é que sejam realizados grupos tutoriais, em que um especialista será tutor de um grupo de médicos. Nos discursos não encontramos nenhuma menção a dimensão assistencial desse médico da unidade de referência (especialista), portanto, há um distanciamento da concepção de apoio matricial.

As contribuições dessas iniciativas na construção das RAS, assim como na função da APS como coordenadora e ordenadora dessas redes, é algo indiscutível, tendo em vista principalmente que os sujeitos são os que de fato realizam essa construção, a partir de uma implicação com o projeto político do movimento sanitário e não somente as estruturas e o

modelo de atenção. Todavia, reiteramos que não basta a iniciativa individual de domínio de conteúdo do campo da saúde coletiva. É preciso que se fomente uma base robusta de controle social por parte dos trabalhadores em saúde e dos usuários, para que esses realmente sejam os atores da transformação dessas práticas.

Diante desse cenário e ao pensar a Educação Permanente cabe refletir outra dimensão importante, que é como tem sido a formação desses profissionais, do ponto de vista da graduação. Afinal, como promover o trabalho integrado, tendo como base o ensino isolado? Para além disso, o saber especializado e direcionado a determinado fragmento do corpo humano é perpetuado nas Instituições de Ensino Superior, e isso vem sendo legitimado até mesmo pelos discentes, que valorizam esse modelo. Essa realidade ocorre mais fortemente na formação médica e é percebido pelos gestores como uma problemática na operacionalização das RAS.

Pois é, eu acho que o matriciamento ele até, assim, a gente ultimamente tem tido algumas experiências, os profissionais, como eu já falei, os profissionais da atenção primária e principalmente os médicos, eles não têm formação para a saúde da família, eles são especialistas que estão atendendo, que atuam na atenção primária. [...] se eu formo turmas e turmas e turmas de profissionais com visão puramente fragmentada, com uma grande base mercantilista mesmo, dificilmente eu vou conseguir dar uma resposta social, coletiva, em relação a saúde (Gestor 3, 05/03/2015 tarde).

A “visão fragmentada” levantada pelo discurso empírico possui múltiplos sentidos, que remetem a pensar somente fragilidades da formação. Em primeira análise, diz respeito a procura a busca por determinada qualificação com vistas a conquistar melhor remuneração, em uma perspectiva mercantilista, que se faz presente no ideário da busca pelo trabalho especializado. Assim, muitos profissionais procuram dominar amplamente determinada função (especializada), a qual poucos profissionais possuem conhecimento (e estão credenciados) para exercer, pois assim terão as melhores remunerações. Isso faz parte do modelo burocrático de organização da sociedade que indica a necessidade de subir na escala hierárquica de saberes, como requisito para tornar-se elegível a cargos gradativamente mais especializados.

Acontece que quando o campo de saber é o corpo e suas manifestações de não estabilidade (ou doença), o excesso da especialidade, mas especificamente a ausência ou negligência ao saber “não especializado”, restringe o princípio da integralidade. Nesse sentido, repercute negativamente em uma visão panorâmica do sujeito e fragmenta o cuidado.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tratamos esse item em três aspectos: primeiro respondendo aos objetivos do estudo por meio de uma síntese crítica dos principais achados; segundo trazendo algumas sugestões para o cenário em estudo, a partir dos resultados do trabalho; e por fim, “fechando” o ciclo” trazendo algumas considerações pessoais do autor, quanto ao processo de amestramento e a realização desse trabalho.

A realização desse trabalho foi permeada por muitas expectativas e curiosidades, afinal, vários discursos empíricos sobre as fragilidades e desafios da APS em Fortaleza faziam parte de rotina dos momentos formativos do mestrado. O que mais nos preocupava, era que essas argumentações advinham de trabalhadores que de fato vivenciavam o contexto do sistema municipal de saúde, e, portanto, era algo bastante significativo. As muitas mudanças na organização dos serviços de saúde, em especial da APS, advindas em 2013 com a nova gestão municipal, foram muitas. Essas mudanças contaram com uma consultoria técnica externa e um referencial teórico-operacional bem estruturado, o que nos levou a buscar se a proposta que vem sendo implementada realmente aproxima-se desse referencial, ou se a há uma descaracterização desse modelo pensado.

Para investigar a APS e sua função de coordenar as redes, é importante delimitar como esse modelo de atenção se operacionaliza. Fortaleza tem trabalhado seu sistema de saúde na perspectiva do conceito de condições de saúde. Desse modo, a organização da assistência se operacionaliza a partir do modelo teórico e da consultoria de Eugênio Vilaça Mendes, assim como alguns outros estados brasileiros. Inclusive, essa proposta é incorporada parcialmente ao discurso institucional brasileiro.

Esse autor apresenta uma proposta clara, em que os serviços são organizados de determinado modo para as condições crônicas, e de outra forma para as condições agudas e a agudização das condições crônicas. Assim, tendo por base algumas experiências internacionais, propõe um modelo de atenção para as condições crônicas, denominada *Modelo de Atenção às Condições Crônicas*; e para as condições agudas, o sistema se organiza a partir do referencial normativo do caderno de atenção básica 28, intitulado *Acolhimento à demanda espontânea*. Embora os gestores apontem utilizar esse caderno e organizar o sistema com base no conceito das condições de saúde, é um documento que sequer menciona a nomenclatura das condições de saúde. A princípio, é preciso destacar que esses processos ainda estão em fase de

implantação, portanto, ainda apresentam falhas ou até mesmo se encontram incipientes ou inoperantes.

Encontramos tanto no grupo de interesse dos trabalhadores, quanto no dos gestores, uma compreensão de APS ampliada, no sentido de expressarem um discurso em que demonstram apropriação neste campo. Aliás, isso já era algo esperado, tendo em vista os critérios elencados para elaboração do convite aos participantes. Na verdade, o que vem ao caso é o fato de que, embora ambos dominem a fundamentação sobre a atenção primária, somente os gestores apresentam clareza quanto aos fatos que estão na agenda do sistema de saúde do município, como por exemplo a estratificação de risco; e por outro lado, apenas os trabalhadores apresentam reivindicações incisivas quanto a forma como a política municipal de APS vem sendo desenvolvida.

Uma questão relevante é o fato da organização da agenda de serviços das equipes de Saúde da Família estar amplamente voltada para as condições agudas e situação de agudização das condições crônicas, o que comprova as reivindicações dos trabalhadores. Com isso, identificamos que há diversos modelos de atenção à saúde em disputa no cenário desse estudo, dentre os quais, nos moldes atuais, possui maior destaque o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico, fortemente munido pelo binômio cura-doença.

Essa centralidade nas condições agudas é algo transversal no debate dos trabalhadores quando apontam que o vínculo entre o profissional e o usuário foi “dilacerado”. Isso porque, o atendimento à demanda espontânea não se limita aos usuários da área de abrangência a qual aquela equipe é responsável, além do fato de que as ações programáticas, as quais permitem esse contato mais próximo, perderam muito espaço na agenda das equipes.

Essa dominância da organização dos serviços por parte das condições agudas se sobrepõe inclusive os espaços políticos de gestão compartilhada das unidades de saúde. De acordo com os achados, não há mais as reuniões semanais fundamentadas no método da roda. Com isso, os processos de participação dos trabalhadores nos espaços de gestão, e até mesmo em sua posição de sujeitos, fica amplamente comprometida. Faz inclusive com que, estudos como esse, seja uma das poucas linhas de fuga em que eles têm a oportunidade de falarem.

Por outro lado, observamos que, na a representação social dos trabalhadores, a saúde para a população ainda gira torno da ausência de doença e, conseqüente, busca dos serviços de saúde na situação de adoecimento permanece fortemente. Além disso, há uma contradição de um referencial teórico que se diz inclinado as condições crônicas e voltado para as necessidades de saúde da população, e na prática, se manifesta amplamente voltado para as condições agudas. Isso nos permite afirmar que o modelo teórico proposto para Fortaleza, não condiz com a prática

em execução, mas que aponta a busca pela cura, em detrimento das necessidades de saúde; fato esse que pode representar (ou não) interesse político na organização do sistema de saúde.

Em relação ao desconhecimento dos trabalhadores a respeito de algumas das mudanças que fazem parte da agenda, diversos motivos podem ser atribuídos. Dentre eles, o que nos parece mais evidente, é a forma vertical como essas mudanças vêm sendo implementadas. O que não pode se configurar como motivos é o descomprometimento dos trabalhadores, até porque há muitos anos trabalham na APS, e além disso, possuem competência reconhecida pelos seus pares.

No que diz respeito à articulação das redes, encontramos algumas fragilidades e desafios, dentre as quais elencamos aqui aquelas mais evidentes:

- Os sistemas de acesso regulado a serviços de saúde se encontra sem o registro das filas de espera nas UAPS, mas há muitos usuários na espera. Isso faz com que eles tenham que se deslocar por diversas vezes até a UAPS em busca dessa marcação de consultas ou exames, sem sucesso. Além disso, faz com que aquele que chegar primeiro, obtenha o acesso, contrariando, desse modo, alguns princípios do SUS;
- A relação imbricada e desequilibrada entre a quantidade de profissionais e a demanda de usuários, compromete a resolutividade da APS, que atrelada a pouca oferta/superlotação de serviços dos outros pontos de atenção, faz com que a articulação das RAS pela APS se encontre fragilizada. Nesse sentido, encontramos muitos usuários sem acesso aos serviços ou com demasiada demora;
- O prontuário eletrônico, embora tenha sido bem avaliado por muitos dos interlocutores, ainda não possui integração com os demais pontos de atenção da rede, sendo articulado somente entre as UAPS. O município faz uso de um modelo de prontuário eletrônico adquirido por uma empresa privada, chamada *FastMedic® Sistemas de Gestão em Saúde*. Embora não haja fragilidades se comparado ao e-SUS AB - disponibilizado pelo SUS - a substituição pelo prontuário público, não traria prejuízo aos serviços de saúde e aos usuários.

Diante disso, foram apontadas algumas estratégias alternativas, que são justamente, aquelas que os trabalhadores não conhecem em profundidade. Nesse sentido, os gestores destacaram a vinculação e a estratificação de risco. Nesse processo, a vinculação é norteadada pela estratificação de risco, que, por sua vez, possui uma diretriz clínica como baliza, mas essa ainda se encontra em fase de construção.

A partir dos achados inferimos que a diretriz clínica será algo extremamente determinante no rumo da articulação das RAS e desse modo, estabelecemos um olhar crítico e reflexivo sobre esse protocolo. Sobretudo, isso nos causou um desconforto, isso porque,

segundo os gestores e conforme o próprio nome sugere, essa diretriz considera apenas aspectos clínicos, contrariando o princípio da equidade no que diz respeito ao acesso dos vulneráveis em uma perspectiva social e econômica. Outro ponto é o fato de não ser construído a partir da base, com os trabalhadores da APS, mas sim por um conjunto de “*experts*” no assunto.

No que diz respeito à estratificação de risco, chama atenção inicialmente como essa rotulação vem sendo (ou será, no caso de algumas RAS) feita, isso porque depende dessa diretriz que é eminentemente clínica. Essa classificação nos faz pensar que, ao mesmo tempo em que proporciona facilidade de acesso aos estratificados como “alto risco”, pode representar efeito inverso aos demais. Pelo discurso dos gestores, apreendemos que essa classificação favorece amplamente a programação e organização da gestão. Nesse sentido, essa medida promove a organização do sistema de saúde centrado no usuário, ou seria na gestão?

A vinculação diz respeito ao processo em que uma UAPS, e com ela suas equipes de Saúde da Família e usuários, possui relação estreitada no que diz respeito aos fluxos e contrafluxos com determinada unidade de referência, e vice-versa. Com isso, um CAPS, por exemplo, fica corresponsável pelo acompanhamento de uma certa quantidade de unidades de saúde. Isso deve ocorrer a partir de uma relação dialógica entre os profissionais da APS e dos demais pontos de atenção, de tal forma que o usuário “caminhe” pelas redes de atenção de maneira que possa contar com a corresponsabilização dos profissionais. Os gestores indicam que em algumas redes isso já ocorre, como é o caso da rede cegonha. Vale ressaltar que, conforme os próprios gestores indicam, essa rede vem sendo desenhada anterior as demais, e que, desse modo, podemos concluir que a tímida articulação relatada, não é necessariamente fruto das inovações emergentes a partir de 2013.

Uma problemática que, embora a passos lentos tenha melhorado, ainda é fortemente recorrente nos centros urbanos inclusive no contexto de Fortaleza, é a pouca quantidade de equipes de Saúde da Família em relação a demanda de usuários. Os interlocutores trazem essa temática como uma reação em cadeia, em que prejudica diversas questões como o vínculo, a resolutividade e a frequente recorrência a outros pontos de atenção por agravos não contemplados pela APS. Essa situação piora quando a cobertura populacional é ampliada a partir de programas em que os profissionais passam pouco tempo, como é o caso do PROVAB em que os profissionais de Medicina passam 12 meses.

Em relação à ampliação do horário de funcionamento das UAPS, que passou a ofertar serviços no horário de almoço e se estende até às 19 horas, foi avaliado como positivo do ponto de vista de favorecer alguns trabalhadores que não podem (ou enfrentam muitas dificuldades ao) frequentar durante o horário comercial. Inclusive, o horário noturno é recomendado em

especial para os centros urbanos, por outros estudos. Todavia, é preciso destacar algumas problemáticas recorrentes:

- Sobrecarga para alguns trabalhadores, dentre os quais se destaca a redução do intervalo de almoço de alguns profissionais de nível médio, que tiveram sua carga horária mantidas em oito horas diárias, mas com somente uma hora de pausa; e para os profissionais de nível superior, a rotatividade de turnos e o excesso de atendimentos voltados a demanda espontânea (que os torna insatisfeitos com o trabalho);
- A atuação passou a ser atuação restrita, tendo em vista a ausência de insumos e medicamentos. Portanto, alguns trabalhadores não percebem justificativa para desenvolver suas práticas em horário ampliado, na situação de não ter condições de contemplar as necessidades de saúde da população.

A falta de insumos e medicamentos no contexto de todas as UAPS de Fortaleza é algo que se agravou nos últimos meses é algo inaceitável. Destacamos que, além da ausência de insumos fez com que diversos serviços básicos parassem (temporariamente) de ser ofertados, tais como o exame de prevenção primária do colo uterino, também deixaram de ser disponibilizados medicamentos básicos, como por exemplo a metformina, cálcio e omeprazol.

No que se refere à reforma realizada recentemente na unidade de saúde, há consenso em relação ao avanço proporcionado. Todavia, os trabalhadores indicam que não existe local adequado para realizar encontros e reuniões, nem tampouco caso a gestão resolvesse inserir mais equipes de Saúde da Família naquele cenário. Desse modo, argumentamos que a arquitetura atual contraria a PNH, por não permitir a ação e reflexão sobre os processos de trabalho na própria unidade de saúde, sendo utilizados outros equipamentos sociais para realização desses encontros.

O debate sobre formação foi levado ao círculo hermenêutico-dialético como algo eminentemente imbricado às práticas. As principais estratégias elencadas foram a educação permanente em saúde e o apoio matricial. Nesse ponto, houve destaque para o caráter funcional desses espaços, no que se refere à melhoria da resolutividade, e estabelecimento de vínculo entre o especialista (apoiador matricial) e os profissionais da equipe de Saúde da Família, com consequente redução nos encaminhamentos e nas filas de espera. Todavia, encontramos um retrocesso em relação ao desenvolvimento dessas tecnologias, tendo em vista que alguns sujeitos rememoram épocas em que essas práticas eram realizadas com maior frequência.

## 8.1 RECOMENDAÇÕES

Sem a pretensão de sermos “donos da verdade”, muito menos de que por estarmos munidos de argumentação científica podemos indicar o certo e o errado, queremos sobretudo que essa produção não seja estéril. Esperamos que esses frutos não se limitem a ideia de que tenhamos esse material publicado e que sirva como fonte de dados para outros estudos; nem que seja um ponto de partida para alguns outros. Embora não negamos o quão seria bom caso essas duas culminâncias se efetivem, trataremos aqui, na verdade, sobre as possíveis contribuições para o cenário em estudo.

Embora não tenhamos verdades a serem propagadas, somos possuidores do ponto de vista de diversos atores sobre o estado da arte da atenção primária como coordenadora das redes de atenção no contexto de Fortaleza. A partir desse processo, destacamos algumas recomendações emergentes dessa pesquisa:

- Recomendamos que haja um alinhamento entre os diversos modelos de atenção à saúde em disputa no cenário desse estudo, de tal maneira que tecnologias como as rodas da unidade de saúde, apoio matricial, acolhimento e vínculo se sustentem em seu papel pujante na saúde dos usuários;
- Recomendamos que se tenha um equilíbrio na organização dos processos de trabalho da APS, em especial no que diz respeito a não centralizar a agenda das equipes de Saúde da Família às condições agudas/demanda espontânea, de tal modo que favoreça a construção do vínculo entre o profissional e os usuários, assim como a corresponsabilização dos profissionais da ESF na gestão do cuidado;
- Recomendamos que as mudanças a serem implantadas, assim como aquelas ainda em fase inicial, sejam construídas a partir da base, com a participação tanto dos trabalhadores da APS, quanto dos usuários, sendo, portanto, coerente com o princípio organizacional do SUS da participação social e que promova a gestão compartilhada dos processos;
- Recomendamos que a ampliação da cobertura populacional ocorra de maneira robusta, a partir da realização de um novo concurso público, com a devida valorização dos trabalhadores e não com foco em programas que fragilizam o vínculo, como o PROVAB;
- Recomendamos uma revisão do sistema de acesso regulado a serviços de saúde, de maneira que não ocorra tamanho distanciamento com o princípio da equidade e que permita aos usuários terem suas consultas e exames marcados sem a necessidade de realizar visitas constantes a UAPS;
- Recomendamos que ocorram mais investimentos na atenção secundária e terciária, de maneira a garantir o acesso universal a consultas e exames;

- Recomendamos que seja realizada uma substituição ao prontuário eletrônico advindo de uma empresa privada para o prontuário eletrônico e-SUS AB, tendo em vista que possui funcionalidades semelhantes e é disponibilizado pelo SUS. Além disso, que esse seja integrado aos diversos pontos de atenção e não somente entre as UAPS;
- Recomendamos que o processo de construção das diretrizes clínicas envolva também usuários e trabalhadores da APS, assim como considere o princípio doutrinário da equidade e integralidade;
- Recomendamos que a vinculação entre as UAPS e as unidades de referência se estenda a todas as redes prioritárias de Fortaleza;
- Recomendamos que seja promovida uma maior proximidade entre as equipes de Saúde da Família e os profissionais dos outros pontos de atenção, a partir de instrumentos pré-determinados, como por exemplo o telefone móvel, ou mesmo o fixo;
- Recomendamos igualdade de carga horária entre os trabalhadores de saúde de nível fundamental, médio e superior, assim como ocorra uma reavaliação dos intervalos entre os turnos, de maneira em que todos possuam uma relação igual, ao menos no que diz respeito às horas trabalhadas por semana;
- Recomendamos uma reavaliação imediata da forma como tem sido realizada a compra e a distribuição de medicamentos e insumos nas UAPS, de tal forma que não ocorra prejuízo tão significativo quanto ao que os usuários estão vivenciando;
- Recomendamos que, pela demanda da UAPS Luiz Albuquerque Mendes, seja avaliada a possibilidade de construção de outra sede em local maior, ou que se tenha duas unidades de saúde para aquele território. Isso porque a quantidade de equipes ali existentes não condiz com a demanda de usuários, além da impossibilidade de incorporar outras equipes, e da realização de encontros entre esses trabalhadores, justamente pela falta de espaços;
- Recomendamos a retomada de espaços formativos pelo trabalho e expansão para todas as redes temáticas de ações como o apoio matricial e a educação permanente.
- Recomendamos que o apoio matricial retome também em seu caráter assistencial, tendo em vista que essa tecnologia não se limita a mera discussão de casos.

## 8.2 “FECHANDO” ESSE CICLO

Ao chegar ao fim essa jornada acadêmica de quase dois anos, após muitas leituras e vivências no campo da saúde coletiva, não me permito dizer - “Ufa, que bom que acabou”. Falo

isso por dois motivos simples e sinceros. Primeiro por conta que não se finda, até mesmo porque não se trata de uma questão de escolha. Os saberes e práticas vivenciados se encontram eminentemente imbricados na minha concepção enquanto ser humano. Como diria muitos de meus inspiradores, o movimento sanitário continua vivo, e agora faz parte de mim. Segundo porque não foi algo doloroso, muito pelo contrário. Enquanto essa vivência é motivo de sofrimento, noites mal dormidas e displicência com os prazeres da vida para muitos, no meu caso, embora também tenha sido intenso, foi ao mesmo tempo leve. Com isso, não tenho a pretensão ingênua de dizer que não foi um período de trabalho duro, mas a rigor, que amo esse trabalho, em especial o campo da pesquisa e da saúde coletiva.

Mas que amor é esse? Posso dizer que se inicia com a acolhida dos (as) colegas de mestrado, com o companheirismo sempre presente; se estende ao grupo de pesquisa do LASSOSS, que talvez pelo viés de sua coordenadora, possui o caráter compreensivo e um projeto de sociedade o qual compartilho. Esse grupo desconstrói a subjetivação de trabalho como necessariamente desconforto e sofrimento, ou ausência de prazer.

Respondendo diretamente à questão, faço minha as interpretações do filósofo e professor da Escola de Comunicação e Artes da USP Clóvis de Barros Filho, quando traz um alinhamento entre o amor e o conceito de *eros*, trazido por Sócrates, no “banquete” de Platão. Naquela época, *eros* era um deus e ao mesmo tempo, um sentimento. A definição era: “Amar é desejar”; tendo em vista isso, você ama tudo aquilo que você deseja. Mas o que é desejar? “O desejo é energia que disponibilizamos para buscar aquilo que nos faz falta”. Portanto, em uma perspectiva platônica, você ama o que deseja e deseja o que não tem. Já o amor em Aristóteles é *philia*, ou “alegria pelo que não te falta”. Passagem para um estágio mais potente de um novo ser, a partir de uma convivência com aquilo que se tem.

Com isso, posso dizer que, ao mesmo tempo em que desejo alçar novos voos, me alegro imensamente na minha condição de mestre; ao mesmo tempo em que desejo sempre um novo reencontro com minha orientadora, me alegro com os encontros já existentes; ao mesmo tempo em que desejo estar próximo de meus amigos e de minha família, me alegro com uma simples mensagem; ao mesmo tempo em que desejo que chegue às 19 horas para receber minha companheira, me alegro em saber que realmente é com ela que posso contar; ao mesmo tempo em que desejo estar junto da minha mãe, me alegro ao ouvi-la em uma ligação; Ao mesmo tempo em que me alegro na presença constante de meu pai, desejo abraça-lo novamente. Portanto, amo.

## REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, E. M. **Avaliação da técnica de amostragem “Respondent-driven Sampling” na estimação de prevalências de Doenças Transmissíveis em populações organizadas em redes complexas.** 2009. 99 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – ENSP, 2009.
- AMORIM, A C. C. L. A.; ASSIS, M. M. A.; SANTOS, A. M. Vínculo e responsabilização como dispositivos para produção do cuidado na estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v. 38, n. 3, p. 539-554, jul./set. 2014.
- ANDERSON, M. I. P.; GUSSO, G.; CASTRO FILHO, E. D. Medicina de Família e Comunidade: especialistas em integralidade. **Revista APS**, Juíz De fora, v.8, n.1, p. 61-67, jan./jun. 2005.
- ANDRADE, L. O. M. et al. Projeto de extensão liga de saúde da família: contribuições para o fortalecimento da gestão participativa no município de Fortaleza. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. **Prêmio Sergio Arouca de Gestão Participativa no SUS: experiências exitosas e artigos acadêmicos / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.** – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
- ANGELIS, L. S. E. **El método comparativo constante.** Scribd, 2005. Disponível em: <<https://pt.scribd.com/doc/54209374/Metodo-Comparativo-Constante>>. Acesso em: 26 out 2014.
- AQUINO, D. S. Por que o uso racional de medicamentos deve ser uma prioridade?. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. supl, p. 733-736, abr. 2008.
- ASSIS, M. M. A.; JORGE, M. S. B. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, J. S. S. S.; NASCIMENTO, M. A. A. (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social.** Feira de Santana: UEFS Editora, 2010. p.139-59.
- BADUY, R. S.; FEUERWERKER, L. C. M.; ZUCOLI, M.; BORIAN, J. T. A regulação assistencial e a produção do cuidado: um arranjo potente para qualificar a atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 295-304, fev. 2011.
- BARRETO, I. C. H. C. Gestão Participativa no SUS e a Integração Ensino, Serviço e Comunidade: a experiência da Liga de Saúde da Família, Fortaleza, CE. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 21, supl.1, p. 80-93, 2012.
- BARROSO, L. R. Da falta de efetividade à judicialização excessiva: direito à saúde, fornecimento gratuito de medicamentos e parâmetros para a atuação judicial. **Revista Jurídica UNIJUS**, Uberaba, v. 11, n 15, p. 13-38, nov. 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. **Avaliação na Atenção Básica em Saúde: caminhos da institucionalização.** Brasília: Ministério da Saúde. 2005a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº. 382, de 10 de março de 2005**. Institui o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde - PNAASS e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília-DF, 11 de março de 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. 1 reimp. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2007

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretarias. Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília-DF : Editora do Ministério da Saúde, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Portaria nº 4.279**, de 30 de dezembro de 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência**, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. 5 reimp. – Brasília-DF : Editora do Ministério da Saúde, 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: primary care assessment tool PCAtool - Brasil**. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2010c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **HumanizaSUS: a clínica ampliada**. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011**. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011a

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.654/GM/MS**, de 19 de julho de 2011. Departamento de Atenção Básica. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) e o Incentivo Financeiro do PMAQ-AB, denominado Componente de Qualidade do Piso de Atenção Básica Variável - PAB Variável. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2011b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011c

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Redes Prioritárias**. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2012b

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.412, de 10 de julho de 2013**. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Diário Oficial da União, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

CABRAL, S. A. A. O. A utilização do e-SUS Atenção Básica (AB) no processo de fortalecimento da efetivação dos princípios doutrinários do sus. **INTESA**, Pombal, v. 9, n. 1, p. 01-04, jan./jun. 2015.

CAMPOS, C. V. A. **POR QUE O MÉDICO NÃO FICA?** Satisfação no Trabalho e Rotatividade dos Médicos do Programa de Saúde da Família do Município de São Paulo. 2005 202 f. Dissertação (mestrado) - Escola de Administração de Empresas de São Paulo, São Paulo- SP, 2005.

CAMPOS G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 399-407, fev. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 4, n. 2, p. 393-403, jul./dez. 1999.

CAMPOS. G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda**. São Paulo-SP: HUCITEC, 2000.

CAMPOS, M. F.; SOUZA, L. A. P.; MENDES, V. L. F. A rede de cuidados do Sistema Único de Saúde à saúde das pessoas com deficiência. **Interface**, Botucatu-SP, v. 19, n. 52, p. 207-210, mar. 2015.

CARVALHO, Y. M.; CECCIM, R. B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro, Hucitec; Fiocruz, 2006. p.149-182.

CAVALCANTE, A. L. et al. **Perfil socioeconômico de Fortaleza**. 2 ed. Fortaleza: IPECE, 2012.

CECCIM, R. B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, Botucatu-SP v. 9, n. 16, p.161-168, fev. 2005.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. supl. 1, p. S7-S27, 2008.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. Is the institucionalization of evaluation sufficient to guarantee its practice? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 229-259, abr./jun., 1999.

CUNHA, Alcione Brasileiro Oliveira; VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria. Acessibilidade aos serviços de saúde em um município do Estado da Bahia, Brasil, em gestão plena do sistema. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 4, p. 725-737, abr. 2010.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio Matricial e Atenção Primária à Saúde. **Saúde Soc.** São Paulo, v.20, n.4, p.961-970, out./dez. 2011.

CUNHA, A. Z. S.; REZENDE, M. S.; WEIGELT, L. D.; KRUG, S. B. F.; FEIL, A. I. Implicações da educação permanente no processo de trabalho em saúde. **Revista Espaço Para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4 , p. 64-75, out./dez. 2014.

DAHLGREN, G.; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health**. Stocolm: Institute for Future Studies, 1991.

DANTAS, V. L. A. et al. Cirandas da vida: dialogismo e arte na gestão em saúde. **Saude soc.** São Paulo-SP, vol. 21, suppl.1, p. 46-58, 2012.

DESLANDES, S. F. Concepções em pesquisa social: Articulações com o campo da avaliação em serviços de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 103-107, jan./mar. 1997.

DIAS, C. F. JULIANI, C. M. C. M. **O sistema de referência e contrarreferência na Estratégia Saúde da Família no município de Bauru: perspectiva dos gestores.** Dissertação, (Mestrado). Botucatu-SP: Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista; 2010.

DONABEDIAN, A. The seven pillars of quality. **Archives of Pathology Laboratory Medicine**, Chicago, v. 114, n. 11, p. 1.115–1.118, nov. 1990.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência in: **Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público**; Ed. Xamã: São Paulo, 1998.

ESCOREL, S. **Avaliação da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros.** Síntese dos principais resultados. Brasília-DF: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde; 2002.

ESMERALDO, G. R. O. V.; OLIVEIRA, L. C. Resgatando a história do Programa Saúde da Família em Fortaleza-Ceará. In: OLIVEIRA, L. C.; ÁVILA, M. M. M.; MAIA, L. F. R. B. (ORG). **Organização dos Serviços de Saúde do Ceará: Desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção.** Fortaleza-CE: Ed. UECE, 2012. 187 P.

FASTMEDIC. **Fastmedic:** sistemas de gestão em saúde. Prontuário eletrônico. Disponível em: < <http://www.fastmedic.com.br/prontuario-eletronico.html>>. Acesso em: 02 jun. 2015.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 553-563, jul./set. 2006.

FERRAZ, F. et al. Educação permanente no trabalho como um processo educativo e cuidativo do sujeito-cuidador. **Rev. gaúcha enferm.**, Porto Alegre, v. 27, n. 3, p. 344-350, jul./set. 2006.

FERREIRA, R. C.; SILVA, R. F.; AGUER, C. B. Formação do Profissional Médico: a Aprendizagem na Atenção Básica de Saúde. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Rio de Janeiro, v.31 p. n. 1, p. 52-59, jan. 2007.

FITTIPALDI, A. L.; ROMANO, V. F.; BARROS, D. C. Nas entrelinhas do olhar: Apoio Matricial e os profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 76-87, jan./mar. 2015.

FORTALEZA, Secretaria Municipal de Saúde. **Relatório de gestão do ano de 2007 da Secretaria Municipal de Fortaleza**: saúde, qualidade de vida e a ética do cuidado. Fortaleza-CE: SMS, 2008a. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce>> Acesso em: 19 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Fortaleza. **Plano Plurianual 2014-2017**, 2014a, 382 p. Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce>> Acesso em: 19 nov. 2014.

\_\_\_\_\_. Prefeitura de Fortaleza. **Regional IV**. 2015a. Disponível em: <http://www.fortaleza.ce.gov.br/regionais/regional-IV>. Acesso em: 17 de julho de 2015.

\_\_\_\_\_. **Cirandas da Vida. Prefeitura de Fortaleza**. Sistema Municipal de Saúde. 2015b. Disponível em: <<http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms/cirandas-da-vida>>. Acesso em: 24 de junho de 2015.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro-RJ, v. 15, n. 2, p. 345-353, abr./jun., 1999.

FROTA, A. C. **O processo de trabalho da Estratégia Saúde da Família**: O caso Fortaleza. 112 f. Monografia (Dissertação de Mestrado em Vigilância em Saúde) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro-RJ, 2009.

FURTADO, J. P. Um método construtivista para a avaliação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro-RJ, v. 6, n. 1, p. 165-181, jan./jun. 2001.

FUZYI, E. M.; SILVA, M. C.; BARBON JÚNIOR, S. Solução M-Health no pré-diagnóstico da Laringe. **XI Brazilian Symposium on Information System**, Goiânia, Mai, p. 26-29, 2015.

GIOVANELLA, L. MENDONÇA, M. H. M. Atenção Primária à Saúde. In ESCOREL et al. (orgs). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008, p.575- 625.

GOMES, F. M. **Programa saúde da família como estratégia de atenção primária**: uma realidade no município de Juazeiro do Norte-CE. 2008. 95f. Monografia (Dissertação de Mestrado em Saúde Pública)- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza-CE, 2008.

GONÇALVES, J. P. P. et al. Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50. jan./mar. 2013.

GONDIM, G. M. M. O território da saúde: a organização do sistema de saúde e a territorialização. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008.

GOODMAN, L. A. Snowball Sampling. **The Annals of Mathematical Statistics**, v. 32, n. 1, p. 148-170, 1961.

GROSSI, L. M.; PISA, I. T.; MARIN, H. F. Tecnologia da Informação e Comunicação na Auditoria em Enfermagem. **Journaul health information**, São Paulo, v. 7, n. 1, p. 31. jan./mar. 2015.

GUBA, E. G.; LINCOLN, Y. S. **Avaliação de quarta geração**. Tradução Beth Onorato. Campinas: Editora da Unicamp, 2011.

HARTZ, Z. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico-metodológicas e políticas institucionais. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 341-353. jul./dez. 1999.

HIRDES, A. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 371-382, abr. 2015.

HORTA, N. C. et al. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set. 2009.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **NOTA 1: Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2014**. Diário oficial da União, 2014.

IBGE, Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Sinopse do Censo Demográfico 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=26&uf=23>> Acesso em: 21 ago. 2015.

LAHM, J. V.; CARVALHO, D. R. Prontuário Eletrônico do Paciente: Avaliação de Usabilidade pela Equipe de Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 38-44, jan./mar, 2015.

JORGE, M. S. B. et al. Promoção da Saúde Mental – Tecnologias do Cuidado: vínculo, acolhimento, corresponsabilização e autonomia. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 7, jul. 2011.

JUNGES, J. R. et al.. A visão de moral dos profissionais de uma unidade básica de saúde e a humanização. **Interface**, Botucatu, v. 15, n. 38, set. 2011.

JUNQUEIRA, L. Descentralização e Intersetorialidade: A Construção de um modelo de gestão municipal. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, p. 11-22, mar/abr. 1998.

KOHLRAUSCH, E. R. **Avaliação das ações de saúde mental relacionadas ao indivíduo com comportamento suicida na Estratégia Saúde da Família**. 2012. 80 f. Monografia (Tese de doutorado em Saúde Mental). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Porto Alegre-RS, 2012.

KONDER, M. T. **Atenção às urgências: a integração das Unidades de Pronto Atendimento 24h (UPA 24h) com a rede assistencial do município do Rio de Janeiro**. 2013. 108 f. Monografia (Dissertação de Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro-RJ, 2013.

LAHM, J. V.; CARVALHO, D. R. Prontuário eletrônico do paciente: avaliação de usabilidade pela equipe de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 20, n. 1, p. 38-55, jan./mar. 2015.

LIMA, D. P.; LEITE, M. T. S.; CALDEIRA, A. P. Redes de Atenção à Saúde: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. **Saúde em debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 104, p. 65-75, jan./mar. 2015.

LIMA, M. A. et al. Mais médico no Brasil: a delicadeza formativa da relação médico-paciente na zona rural do município de Ipu/Ceará. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. **Suplemento Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação Interface**, Botucatu-SP, supl. 3, 2014.

LINCOLN, Y.; GUBA, E. **Naturalistic inquiry**. Newbury Park, California: Sage Publication, 1985.

LOPES S. R. S. et al. Potencialidades da educação permanente para a transformação das práticas de saúde. **Ciências em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 147-155, jan. 2007.

LUNARDELLI, R. S. A.; TONELLO, I. M. S.; MOLINA, L. G. A Constituição da Memória dos Procedimentos em Saúde no Contexto do Prontuário Eletrônico do Paciente. **Informação e Informação**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 107-124, fev. 2014.

LUZ, M. T; BARROS, N. F. Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: uma análise sócio histórica e suas relações com a cultura atual. In: CAMPOS, G. et al. **Tratado de saúde coletiva**. 2ª ed. São Paulo-SP: Editora Hucitec; 2013. p. 317-40.

MACHADO, C. V.; LIMA, L. D.; VIANA, L. S. Configuração da Atenção Básica e do Programa Saúde da Família em grandes municípios do Rio de Janeiro, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. sup1, p. S42-S57, 2008.

MANTOVANI, M. F. et al. Representações sociais da família para a equipe da estratégia saúde da família. **Revista Enfermagem Universidade Estadual do Rio de Janeiro**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 796-800, nov./dez. 2015.

- MARQUES, A. A. **Atenção integral em redes no SUS**. 2011. 22 f. Monografia (Especialização) -Instituto Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre-RS, 2011.
- MATTOS R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro/ABRASCO, 2001. p. 39-64.
- MEDEIROS, C. R. G. et al. A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n. 1, p. 1521-1531. ago. 2010.
- MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002. 92 p.
- MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, ago. 2010.
- \_\_\_\_\_. As redes de atenção à saúde. **Revista de Medicinas Minas Gerais**, Belo Horizonte, v. 18, n. 4 (Supl. 4), p. 3-11, abr. 2008.
- MENDES, E. V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.549 p.
- MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**.Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MENDES, L. C. B.; CAPRARA, A. Interdisciplinary bachelor's degree in health: analysis of a new higher education curriculum in Brazil. **Interface – Comunicação e Saúde e Educação**, Rio de Janeiro, v.16, n.42, p.719-31, jul./set. 2012.
- MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015.
- MERHY, E. E. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência**. in: Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.
- MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 172-174, fev. 2005 .
- MIELKE, F. B. **Ações de saúde mental na Estratégia Saúde da Família: um estudo avaliativo**. 2009. 90 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de Enfermagem. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre-RS, 2009.
- MIELKE, F. B.; OLCHOWSKY, A. Saúde mental na Estratégia Saúde da Família: a avaliação de apoio matricial. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.63, n. 6, p. 900-907, nov./dez. 2010.

MIELKE, F. B. **Avaliação da gestão da atenção psicossocial na Estratégia Saúde da Família**: com a palavra os coordenadores. Tese (Doutorado em Enfermagem), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre-RS, 2013.

MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) **Avaliação por triangulação de métodos**: abordagem de programas sociais. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2005.

MINAYO, M. C. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 11ª. Ed. São Paulo: HUCITEC, 2008.

MORESCHI, C.; REMPEL, C.; BACKES, D. S. A percepção de docentes de cursos de graduação da área da saúde acerca dos resíduos de serviços de saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.3, p.647-664 jul./set. 2014.

MOURA, R. et al. Brasil metropolitano: uma configuração heterogênea. **Revista Paranaense de desenvolvimento**, Curitiba-PR, n. 105, v. 2, p. 33-56, jul./dez. 2003.

NEY, M. S.; RODRIGUES, P. H. A. Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1293-1311, out./dez. 2012.

NOBREGA-TERRIEN, S. M. et al. Formação para a Estratégia Saúde da Família na Graduação em Medicina. **Rev. bras. educ. med.**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 1, p. 112-118, mar. 2015.

NOVAES, H. L. D. Avaliação de programas, serviços e tecnologias em saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 34, n. 5, p. 547-59, out. 2000

OCKÉ-REIS, C. O.; SOPHIA, D. C. Uma crítica à privatização do sistema de saúde brasileiro: pela constituição de um modelo de proteção social público de atenção à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 72-79, jan./abr. 2009.

OLIVARES, A.; BONITO, J.; SILVA, R. Qualidade de vida no trabalho dos médicos da atenção básica no estado de Roraima (Brasil). **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 16, n. 1, mar. 2015.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a cultura política**: um olhar sobre o cotidiano de um Conselho Municipal de Saúde no Nordeste brasileiro. 258f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. – 2006.

OLIVEIRA, R. F.; ANDRADE, L. O. M.; GOYA, N. Acesso e integralidade: a compreensão dos usuários de uma rede de saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3069-3078, nov. 2012.

OLSCHOWSKY, A. et al. Avaliação de um Centro de Atenção Psicossocial: a realidade em Foz do Iguaçu. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 781-787, dez. 2009.

OMS - Organização Mundial da Saúde. **Declaração de Alma-Ata**. Alma-Ata: OMS, 1978.

OMS/UNICEF. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados de Saúde Alma-Ata**, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978. Brasil, 1979.

OPAS. **Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación em las Américas**. Washington, D.C.: OPAS, 2010.

PAIM, J. S. Modelos assistenciais: reformulando o pensamento e incorporando a proteção e a promoção da saúde. In: PAIM, J. S. (Org.) **Saúde: política e reforma sanitária**. Salvador: Cooptec, ISC, 2002. p. 367-381.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. **Saúde no Brasil - Contribuições para a Agenda de Prioridades de Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 15-44

PAIM, J. S. Avaliação em saúde: uma prática em construção no Brasil. In: HARTZ, Z. M. A.; SILVA, L. M. V. **Avaliação em saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 15–39.

PAIM, J. S.; TEIXEIRA, C. F. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. supl., p. 1819-1829, 2007.

PAIM, J. S. A reforma sanitária brasileira e o Sistema Único de Saúde: dialogando com hipóteses concorrentes. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 625-644, out./dez. 2008.

PAIM, J. S. et al. Saúde no Brasil: O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **Lancet (Série Brasil)**, v. 377, n. 9779, p.11-31, mai. 2011.

PAIM, J. S. Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações? **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul./set. 2012.

PAIVA, D. C. P.; BERSUSA, A. A. S.; ESCUDER, M. M. L. Avaliação da assistência ao paciente com diabetes e/ou hipertensão pelo Programa Saúde da Família do Município de Francisco Morato, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, p. 377-385, fev. 2006.

PARENTE, J. R. F. Preceptoria e Tutoria na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Sanare**, Sobral, v.7, n.2, p.47-53, jul./dez. 2008.

PAZO, R. G. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária no Espírito Santo: estudo ecológico descritivo no período 2005-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 21, n. 2, jun. 2012.

PEDUZZI, M. A articulação de enfoques quantitativos e qualitativos na avaliação em saúde: contemplando a complexidade dos objetos. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 4, n. 7, p. 126-128, ago. 2000.

- PEREIRA, L. A. M. et al. Sistemas integrados em Saúde: um estudo com os usuários em um hospital psiquiátrico. **II Workshop de Iniciação Científica em Sistemas de Informação**, Goiânia - GO, mai. 2015.
- PIRES, M. R. G. M. et al. Sistema de Informação para a Gestão do Cuidado na Rede de Atenção Domiciliar (SI GESCAD): subsídio à coordenação e à continuidade assistencial no SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1805-1814, jun. 2015.
- PITILIN, E. B. et al. Internações sensíveis à atenção primária específicas de mulheres. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 441-448, fev. 2015.
- PONTE, H. M. S. **Do dispositivo ao instituído: O Método da Roda em Sobral-CE promove a Co-Gestão de Coletivos?** 108 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – PPGSC/UECE, Fortaleza, 2013.
- PONTE, D. C. F. **Política de humanização na Estratégia Saúde da Família: Caso de uma unidade de saúde no município de Fortaleza/CE.** ?? f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – PPGSC/UECE, Fortaleza, 2014.
- PRADO JUNIOR, J. C. Desafios para a expansão de programas de residência em Medicina de Família e Comunidade: a experiência carioca. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 34, p. 1-9, mar. 2015
- RIBEIRO, C. V. Um breve olhar heideggeriano acerca de algumas bases epistemológicas da psicologia da educação. **APRENDER-Caderno de Filosofia e Psicologia da Educação**, Vitória da Conquista, v. 1, n. 1 p. 33-40, jan./jun. 2003.
- ROSA, C. D. P.; GOMES, C. F. Análise dos efeitos de estratégia utilizada para fidelização de profissionais médicos na atenção básica de um município brasileiro. **Revista dos mestrados profissionais**, Recife, v. 3, n. 2, jul./dez. 2014.
- ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, nov./dez. 2005.
- SANTOS, A. M. **Gestão do cuidado na microrregião de saúde de Vitória da Conquista (Bahia): desafios para constituição de rede regionalizada com cuidados coordenados pela Atenção Primária à Saúde.** 2013. 332 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013.
- SANTOS, A. P. L.; LACAZ, F. A. C. Apoio Matricial em Saúde do Trabalhador: tecendo redes na Atenção Básica do SUS, o caso de Amparo/ SP. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 5, p. 1143-1150, mai. 2012.
- SANTOS, A. R.; COUTINHO, M. L. Educação permanente em saúde: construções de enfermeiros da estratégia saúde da família. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v.38, n.3, p.708-724 jul./set. 2014

SHIMIZU, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, dez. 2013.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: Limites e perspectivas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, pag. 2753-2762, jun. 2011.

SISSON, M. C. Métodos de Avaliação de Serviços e Programas de Saúde, **Rev. Bras. de Ciências da Saúde**, João Pessoa, v. 11, n. 3, p. 265-276, set./dez. 2007.

SOBRAL. Comissão de Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde, **Regimento interno das Residências Multiprofissionais e em Área da Saúde de Sobral-CE**. Regimento nº 01, de 17 de abril de 2013.

SOUSA, M. F.; HAMANN, E. M. Programa Saúde da Família no Brasil: uma agenda incompleta? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. Supl. 1, p. 1325-1335, 2009.

SOUSA, T. F. Health strategy and bonding construction in the control of pulmonary tuberculosis in Rocinha-RJ. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 2, p. 2336-2348, apr. 2015.

SOUZA, D. P. **Corresponsabilidade no Cuidado a Pessoas com Hepatite** 139 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programade Pós-Graduação em Enfermagem. Florianópolis, SC, 2014.

SOUZA JÚNIOR, S. O. et al. Expressão da humanização no campo da atenção básica à saúde. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./abr. 2015.

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

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. supl., p. 153-162, 2002.

TEIXEIRA, C. F. A Mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 257-277, set./dez. 2003

TEIXEIRA, C. F., SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde: promoção, vigilância e saúde da família**. Salvador: Edufba; 2006.

TEIXEIRA, R. R. Humanização: transformar as práticas de saúde, radicalizando os princípios do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ**, Botucatu, v. 13, supl. 1, p. 785-789. 2009a.

TEIXEIRA, S. M. F. Retomar o debate sobre a reforma sanitária brasileira para avançar o Sistema Único de Saúde (SUS). **©ERA**, São Paulo, v. 49, n.4, p. 472-480, out./dez. 2009b.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: Transformação, Mudança ou Conservação? In: PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. (org.). **Saúde Coletiva: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Med Book. 2014. Pag. 287-302.

TRAD, L.A.B.; ESPERIDIÃO, M.A. Gestão participativa e corresponsabilidade em saúde: limites e possibilidades no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. **Interface – Comunicação, Saúde, Educ**, Botucatu, v.13, n. supl. 1. 2009.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 6, p. 1561-1569, nov./dez., 2002.

VIANA, A. L. D.; LIMA, L. D.; FERREIRA, M. P. Condicionantes estruturais da regionalização na saúde: tipologia dos Colegiados de Gestão Regional. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2317-2326 set./out. 2010.

VÍCTORIA, C. G.; KNAUTH, D. R.; HASSEN, M. N. A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WETZEL, C. **Avaliação de serviço em saúde mental: a construção de um processo participativo**. São Paulo. Tese (Doutorado em enfermagem) – Universidade de São Paulo; 2005.

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Roteiro de observação

Data da observação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora de início: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Hora de término: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min

Descrição da atividade observada (Sala de vacina, sala de espera, sala de aferição, farmácia, reuniões, recepção, visita domiciliar, central de marcação. Descrever o cenário em que se deu)

Descrição do acolhimento aos usuários (se a demanda foi contemplada ou não)

Potencialidades na articulação das RAS

Problemáticas na articulação das RAS

Diálogos

Outros aspectos importantes

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista final – trabalhadores

**1. Identificação**

Nome fictício: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

**2. Roteiro de entrevista**

Temática inicial:

- **Fale sobre a Estratégia Saúde da Família e sua função nas Redes de Atenção à Saúde no contexto de sua unidade de saúde.**

Temáticas emergentes da primeira construção (C1):

- **Fale sobre o modelo de atenção que vem sendo trabalhado aqui e a longitudinalidade /vínculo do cuidado.**
- **Fale sobre a ampliação do horário de atendimentos que agora é de 7 às 19 horas.**
- **Fale sobre a disponibilidade de recursos materiais no seu contexto de trabalho.**

Temáticas emergentes da segunda construção (C2):

- **Fale sobre a estrutura física da unidade de saúde.**

Temáticas emergentes da terceira construção (C3):

- **Fale sobre a quantidade de médicos que trabalham na unidade de saúde.**

Temáticas emergentes do grupo de gestores:

- **Fale sobre o processo de referência e contrarreferência.**
- **Fale sobre a classificação por estratificação de risco.**
- **Fale sobre a educação permanente em saúde no contexto da ESF.**
- **Fale sobre o prontuário eletrônico.**

## APÊNDICE C - Roteiro de entrevista - gestores

**1. Identificação**

Nome fictício: \_\_\_\_\_ Formação profissional: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tempo de atuação no contexto da ESF: \_\_\_\_\_

Área específica de atuação: \_\_\_\_\_

**2. Roteiro de entrevista**

Temática inicial:

- **Fale sobre a Estratégia Saúde da Família e sua função nas Redes de Atenção à Saúde no contexto de sua atuação.**

Temáticas emergentes da primeira construção (C1):

- **Fale sobre o as unidades de referência das RAS.**
- **Fale sobre o processo de referência e contrarreferência.**
- **Fale sobre o Matriciamento.**
- **Fale sobre a classificação por estratificação de risco.**

Temáticas emergentes da segunda construção (C2)

- **Fale sobre a cobertura atual da ESF e a implicação disso nas RAS.**
- **Fale sobre a educação permanente em saúde no contexto da ESF.**

Temáticas emergentes da terceira construção (C3)

- **Fale sobre o prontuário eletrônico.**

Temática emergente do grupo de trabalhadores

- **Fale sobre a disponibilidade de recursos materiais na APS.**
- **Fale sobre o atendimento a demanda espontânea na APS.**

APÊNDICE D – Síntese horizontal para o encontro de negociação - gestores

## **1 UNIDADE DE INFORMAÇÃO - FORMAÇÃO COMO TRANSFORMADOR DAS PRÁTICAS**

1.1 O Apoio Matricial não está acontecendo, mas há um movimento para retornar (pois já foi bom), principalmente na saúde mental. O apoio matricial está acontecendo por meio da discussão dos pacientes da fila de espera. Há a intenção de ampliar para outras áreas, como por exemplo com os diabéticos.

1.2 Há processos formativos com o especialista, como por exemplo o reumatologista, para discutir os casos da fila de espera. Isso reduz os encaminhamentos. Os profissionais da unidade de referência também serão referência na formação dos profissionais da APS, já iniciando o processo de vinculação.

1.3 Há desinteresse dessa formação por parte de muitos profissionais. Têm tido algumas experiências de apoio matricial com os médicos. Eles não tem formação para Saúde da Família, por isso o apoio matricial tem maior importância. Pesa também a questão financeira, pois muitos já se formam com intuito de serem especialistas.

1.4 A intensão do município é ofertar 8 horas semanais para Educação Permanente, mas tem sido inviável.

1.5 Existem duas possibilidades para a Educação Permanente: uma é ofertando cursos pontuais, ou elaborando um programa de educação permanente para a atenção primária, que é o que está sendo feito. A ideia é inserir grupos permanentes de educação permanente, a partir da inserção de tutores.

1.6 Os casos estratificados como alto risco serão aqueles priorizados ao apoio matricial.

## **2 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – CLASSIFICAÇÃO POR ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

2.1 Está iniciando a estratificação com os hipertensos e diabéticos e a vinculação desse público junto a unidade de referência. A estratificação precisa ser repensada continuamente (alto risco pode passar a ser baixo e vice-versa). Aquele estratificado em alto risco terá facilidade de acesso na rede.

2.2 A estratificação está relacionada a vinculação com a unidade de referência. Esse processo tem sido implantado inicialmente nas “unidades laboratório”. Tem-se tentado promover encontros entre o especialista e os médicos da APS. As vezes não há a contrarreferência, com encaminhamento “desresponsável”, que é o que estamos tentando mudar.

2.3 A consultoria do Eugênio Vilaça tem ajudado na tarefa da classificação de risco. Utilizamos o caderno 28 do MS. Inicialmente essa classificação tem sido feita com base nas quatro redes prioritárias. A classificação por estratificação de risco não é o engessamento do atendimento.

2.4 Estratificação de risco auxilia na organização dos insumos (saber por exemplo quantos diabéticos são de alto risco); é uma estratégia para lidar com o excesso de demanda e a baixa cobertura; é uma possibilidade de ofertar mais acompanhamento para aqueles que mais precisam e menos para aqueles que menos precisam; é uma questão de equidade; pode evitar encaminhamentos desnecessários (de baixo risco).

2.5 Estratificação só poderá ser operacionalizada após a capacitação dos profissionais. Essa capacitação depende de uma diretriz clínica que ainda está em processo de validação interna e externa.

### **3 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**

3.1 Em algumas redes temáticas, como a de saúde materno-infantil, o paciente já faz a vinculação prévia com a unidade de referência. Nessa rede em especial, caso seja gestante de alto risco, já faz algumas consultas de pré-natal na unidade de referência.

3.2 As unidades de referência são específicas para cada rede temática. Para determinar a unidade de referência há que se determinar a competência para cada ponto. As UAPS são direcionadas a determinada unidade de referência. É feito um processo de vinculação entre a UAPS e a unidade de referência. A estratificação de risco é importante nesse processo. A UAPS organiza a referência e faz o acompanhamento.

3.3 Contato próximo como possibilidade para a contrarreferência, por exemplo telefone.

3.4 A referência e a contrarreferência envolve um processo de vinculação e corresponsabilização. A referência deve estar completa. Estamos trabalhando para que a referência e a contrarreferência existam de fato. Contrarreferência é uma dificuldade, pois muitas vezes não há esse retorno.

3.5 A terminologia referência e contrarreferência é ultrapassada, temos utilizado “plano de cuidado”, que envolve o trabalho interprofissional. No “plano de cuidado” o usuário não pode ser “passivo” (ideia de corresponsabilidade). O plano de cuidados ainda não se efetivou, estamos trabalhando nisso.

### **4 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – SISTEMAS LOGÍSTICOS – Prontuário e central de marcação**

- 4.1 Prontuário eletrônico não está plenamente integrado. A gestão tem trabalhado para conseguir essa integração.
- 4.2 O prontuário visa facilitar o registro de informações (do paciente e a estratificação). Pode ser uma ferramenta de gestão (de extração de relatórios/monitoramento) tanto o sistema do prontuário eletrônico quanto da central de marcação.
- 4.3 Temos tentado fazer a integração entre os níveis de atenção.

## **5 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – APS COMO COORDENADORA DO CUIDADO**

- 5.1 APS é a porta de entrada, mas a contrarreferência está fragilizada. A rede ainda não está plenamente integrada.
- 5.2 A organização das redes ainda está muito incipiente, mas está se organizando. Em Fortaleza ainda está em fase muito inicial. Talvez os profissionais não percebam que está se organizando. Fortaleza é uma cidade muito complexa. O esforço tem sido de fortalecer a ESF para que seja de fato coordenadora e ordenadora das redes e do cuidado.
- 5.3 Compete a APS coordenar as quatro redes prioritárias que estão sendo construídas em Fortaleza. Estamos realizando a vinculação entre os níveis de atenção, definindo o papel de cada nível. Estamos promovendo encontro entre os profissionais envolvidos no cuidado. A vinculação é processual, e deve durar vários anos.
- 5.4 O município tem aumentado a cobertura. A atenção secundária encontra-se fragilizada, tendo em vista a relação oferta-demanda de atendimentos. Isso pode ser resultante da não ordenação pela APS e o uso desregulado de encaminhamentos e solicitação de exames. Médicos não tem formação em Saúde da Família, diminuindo assim a resolutividade. Centros especializados devem estar integrados com o território e com outros estabelecimentos de saúde, com o caso sob a coordenação da APS.
- 5.5 É possível que com uma nova gestão municipal esse planejamento se altere, e isso é muito ruim, porque seria uma quebra.
- 5.6 Acolhimento dependerá da condição, se crônica ou se aguda. Quanto a questão do acolhimento temos trabalhado com o caderno 28 do protocolo de acolhimento a demanda espontânea. Não gosto do termo demanda espontânea, o que fazemos é acolhimento.
- 5.7 Para falar de RAS não podemos esquecer dos sistemas de apoio e dos sistemas logísticos.

## **6 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – COBERTURA POPULACIONAL**

6.1 A ESF em Fortaleza começou a melhorar razoavelmente a cobertura populacional de 2006 em diante. Há apenas uns dois anos tem-se tentado implantar as RAS, isso está em andamento. Temos aumentado a cobertura.

6.2 A baixa cobertura dificulta a coordenação do cuidado pela APS; pode fazer com que o usuário fique perdido; não dá para ordenar, será uma rede de pescar (cheia de furos).

6.3 Os usuários estratificados em alto risco, como por exemplo as gestantes, mesmo que de área descoberta, terão acompanhamento.

## **7 UNIDADE DE INFORMAÇÃO – FALTA DE RECURSOS MATERIAIS**

7.1 A prescrição desregulada de medicamentos e exames contribuiu com o desabastecimento das unidades. Estratificação de risco é uma possibilidade de regular o uso de medicamentos, para o trabalho com base em diretrizes clínicas e protocolos. Precisamos garantir o básico, mas mesmo o básico tem que ser usado de forma racional.

7.2 Foram feitas reformas nas UAPS. Faltam ainda algumas unidades. Mesmo com todo esse investimento, nunca é o suficiente, há sempre novas demandas de equipamentos e materiais.

APÊNDICE E – Síntese horizontal para o encontro de negociação - trabalhadores

### **1. UNIDADE DE INFORMAÇÃO - REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA**

1.1 O excesso de demanda aliado a pouca quantidade de profissionais, resultam em pouco tempo para o atendimento e baixa capacidade de encaminhamento (por conta das filas de espera).

1.2 Quando as pessoas precisam dos encaminhamentos tem dado certo.

1.3 A Educação Permanente tem suprido parcialmente a necessidade de encaminhamentos.

1.5 A contrarreferência é algo muito ocasional. Muitos voltam sem a contrarreferência ou nem voltam. Como não temos mais acesso (profissionais de nível médio) a marcação, agora é mais complicado não termos esse retorno.

1.5 O Apoio Matricial (como o telefonema) é uma alternative ao Sistema de referência e contrarreferência mas existe em poucas áreas (especialidades).

1.6 Aspectos burocráticos (exigir nova consulta) e a falta de materiais (como por exemplo a pausa no laboratório) prejudicam a articulação das redes.

### **2. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – VÍNCULO E DEMANDA ESPONTÂNEA**

2.1 Existe uma forte ligação entre a gestão municipal e o modelo de atenção desenvolvido. O modelo atual prejudica o vínculo (“elo”) entre os membros da equipe e entre a equipe e a comunidade. Trabalho na lógica do modelo biomédico.

2.2 Atender pessoas fora do território, pela demanda espontânea e em excesso, prejudica o vínculo. Em situações específicas, como nas marcação de consultas, o vínculo existe.

2.3 O atendimento a demanda espontânea tem sido a prioridade do município. Isso irá repercutir futuramente na condição de saúde dos usuários e afoga os outros níveis de atenção (torna-se não resolutive). Isso desconfigura a ideia de Estratégia Saúde da Família. Isso prejudica o vínculo. Não há espaço para trabalhos educativos na comunidade. Não há mais tempo para planejamento da equipe. A RAS e o trabalho interprofissional estão desarticulados.

2.4 A rotatividade dos médicos prejudica o vínculo.

2.5 Por conta das dificuldades de acesso é preciso trabalhar na lógica da equidade (dar prioridade). Muitas vezes falta vaga para marcação.

2.6 A organização dos serviços de saúde na atualidade reduz o “prazer” em trabalhar na ESF.

### **3. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – CLASSIFICAÇÃO POR ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO**

3.1 Grande parte dos profissionais, exceto os médicos (que fazem a classificação) não sabem da proposta da Classificação por Estratificação de Risco.

3.2 No contexto atual é bom, todavia a ampliação no número de equipes de Saúde da Família e diminuição da quantidade de famílias a serem acompanhadas, isentaria a necessidade da classificação por estratificação de risco.

### **4. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – SISTEMAS LOGÍSTICOS**

4.1 Com os novos sistemas, os profissionais de nível médio não possuem mais acesso a marcação de consulta e ao prontuário. O prontuário eletrônico facilita para todos os profissionais e para o usuário. Envolve rapidez no atendimento.

4.2 Muitas vezes o prontuário eletrônico é de difícil operacionalização (não por falta de habilidade). Falta papel, tem que ajeitar o mouse, a impressora e etc.

4.3 O sistema HIGIA era eficiente. Os sistemas de informação precisam ser aprimorados e não abandonados.

### **5. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – FALTA DE RECURSOS MATERIAIS**

5.1 Faltam materiais indispensáveis na UAPS. Isso aumenta a demanda espontânea e afoga os outros níveis de atenção.

5.2 Alguns trabalhadores inclusive compram alguns materiais. Alguns serviços param em determinado instante pela ausência de material.

5.3 Há alguns problemas em relação as condições de trabalho, como por exemplo o atraso no repasse do “vale transporte”.

### **6. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – AMPLIAÇÃO DO HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO**

6.1 A ampliação do horário de atendimento influenciou negativamente na disponibilidade de recursos materiais básicos.

6.2 A ampliação do horário de atendimento reduziu os dias de atendimento para a demanda não espontânea. Há dias em que não há profissional para atender. Alguns trabalhadores ficam sobrecarregados.

6.3 A ampliação do horário de atendimento é algo bom, principalmente para os usuários que trabalham.

### **7. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – ESPAÇO FÍSICO**

7.1 A reforma foi algo positivo, em contrapartida, na forma de organizar os serviços de saúde houve um retrocesso.

7.2 A reforma foi algo positivo, todavia, a unidade de saúde é pequena para a demanda. É necessário outra unidade de saúde com mais equipes.

7.3 Há um projeto para construção de outra unidade de saúde.

## **8. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – POUCA QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS, PRINCIPALMENTE MÉDICOS**

8.1 Há poucos médicos para a demanda, principalmente para realização das atividades programáticas. Isso se agravou com o horário ampliado.

8.2 Seria bom médicos somente para o DEPS, para permitir o atendimento para a Saúde da Família.

8.3 Repercute nos usuários o interesse pelo modelo médico-centrado.

8.4 O espaço físico atual não permite a inserção de mais profissionais. Não basta a inserção de mais médicos, mas sim de mais equipes, as quais o médico compõe.

## **9. UNIDADE DE INFORMAÇÃO – EDUCAÇÃO PERMANENTE**

9.1 Existem algumas iniciativas de educação permanente, mas é preciso melhorar. Há também desinteresse por parte de alguns profissionais.

9.2 A educação permanente ocorre em momentos pontuais, como por exemplo a que houve em virtude do dia da mulher. Para os ACS, raramente há alguma formação.

9.3 A educação permanente, se realmente praticada, possui papel importante na APS.

9.4 A gestão precisa tomar iniciativas para contemplar demandas emergentes da Educação Permanente.

## APÊNDICE F – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Pelo presente Termo de consentimento livre e esclarecido, você está sendo convidada a participar de um estudo que tem como tema: **“AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Um estudo avaliativo”**. Tal pesquisa tem como objetivo principal: Avaliar as ações da ESF que articulam as redes de atenção, em uma metrópole nacional, de modo participativo.

O resultado da pesquisa será posteriormente escrito na forma de uma dissertação e de artigos científicos, de modo a trazer benefícios para a organização dos serviços de saúde, uma vez que a mesma servirá como fonte de consulta.

As informações serão construídas através de entrevista e observação participante nas práticas. Serão realizados esforços para coibir os riscos envolvidos: na aproximação entre o avaliador e o avaliado; na manutenção da privacidade e confidencialidade; na possível violação da verdade por parte de algum avaliado; na transparência das negociações; e na escolha das informações a serem trabalhadas. Informamos também que você não será submetida a despesas financeiras, nem receberá gratificação ou pagamento pela participação neste estudo. Você poderá receber esclarecimentos sobre o andamento da pesquisa quando requisitar, podendo desistir de continuar colaborando se assim o desejar, sem penalização alguma. O presente termo será feito em duas vias, uma ficará em sua posse e outra em posse do pesquisador.

Concordo em participar como voluntária do estudo: **“AÇÕES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NA PERSPECTIVA DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Um estudo avaliativo”**. Declaro ter sido informado (a) pelo pesquisador sobre o desenvolvimento da pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, as finalidades, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Estou ciente de que poderei deixar de colaborar com o estudo em qualquer momento que desejar.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

---

Nome do sujeito da pesquisa

---

Assinatura do sujeito da pesquisa

---

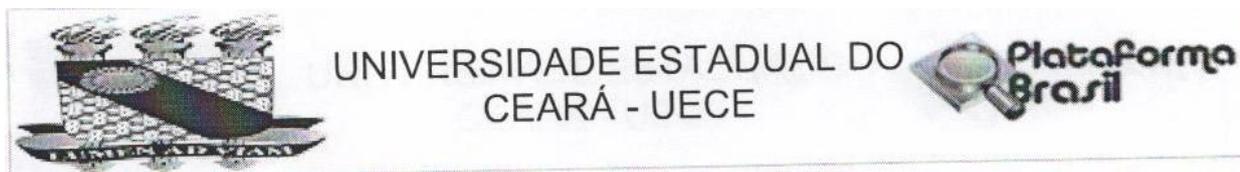
Assinatura do pesquisador responsável

Braulio Nogueira de Oliveira

Contatos: (85) 99972182 – brauliono08@hotmail.com

**ANEXOS**

## ANEXO A – Parecer favorável do CEP/UECE


**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**
**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ: DESAFIOS DA UNIVERSALIDADE DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO

**Pesquisador:** Lucia Conde de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 36453414.0.0000.5534

**Instituição Proponente:** Curso de Serviço Social

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 880.192

**Data da Relatoria:** 21/10/2014

**Apresentação do Projeto:**

Trata-se de um estudo quantitativo e qualitativo. Na dimensão quantitativa, investigar-se-á a evolução e resolução das filas de espera por atendimento dos usuários nas centrais de regulação do acesso às ações e serviços de saúde. Na dimensão qualitativa, analisar-se-ão as percepções de gestores, trabalhadores de saúde e usuários sobre a implantação das redes de atenção à saúde, seu funcionamento, seus papéis no desenho organizacional, os limites e possibilidades para a garantia do acesso e da integralidade da atenção, bem como a luta e resistências dos usuários e da sociedade civil para garantia do acesso e da integralidade da atenção. O estudo será desenvolvido no período de três anos, sendo no primeiro ano em Fortaleza e posteriormente, segundo e terceiro ano, estender-se-á para a primeira, segunda e terceira regiões de saúde do Ceará. As técnicas de produção de dados serão por meio dos boletins das centrais de regulação, que informam sobre a lista de espera, a oferta e demanda por procedimentos; entrevistas semiestruturadas com gestores, trabalhadores de saúde e usuários, sobre esses temas; e observação sistemática nos pontos de atenção à saúde selecionados para a investigação. Os dados serão processados pelo software NVIVO, com análise estatística do material quantitativo e análise de conteúdo do material qualitativo.

**Endereço:** Av. Silas Munguba, 1700

**Bairro:** Itaperi

**CEP:** 60.714-903

**UF:** CE

**Município:** FORTALEZA

**Telefone:** (85)3101-9890

**Fax:** (85)3101-9906

**E-mail:** anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 880.192

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Avaliar o grau e o processo de implantação das redes assistenciais nas regiões de saúde do Ceará.

Objetivo Secundário: Apreender o entendimento de gestores, trabalhadores de saúde, usuários sobre a organização das redes de atenção à saúde, o papel dos diferentes pontos de atenção, as conexões da rede, os fluxos e a comunicação; Identificar as possibilidades e limites das redes na garantia do acesso e na integralidade da atenção; Identificar os itinerários terapêuticos dos usuários na busca por acesso aos serviços de saúde; Identificar as lutas e resistências dos usuários para garantia do acesso as ações e serviços de saúde.

#### **Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos e desconfortos esperados: O pesquisador afirma que será elaborado um termo de consentimento livre e esclarecido a ser assinado pelos informantes e pelos pesquisadores (responsável e colaboradores) em duas vias de igual teor. Diz que ao convidar os sujeitos para participarem da pesquisa, esclarecerá sobre os objetivos e procedimentos do estudo, solicitará o consentimento livre e esclarecido de todos os participantes. Nessa abordagem, procurará oferecer todas as informações sobre a pesquisa de modo claro e apropriado para que os sujeitos possam decidir com autonomia se desejam ou não participar da mesma e que o consentimento para participar poderá ser retirado a qualquer momento. Será esclarecido o respeito ao sigilo sobre os informantes. Também será garantido o seu anonimato. Desta forma, espera-se minimizar qualquer desconforto ou constrangimento aos sujeitos, procurando tratar as pessoas com respeito a sua dignidade de cidadãos portadores de direitos.

Entretanto, ente os anexos, só consta o TCLE direcionado aos usuários do SUS. Devem constar também os TCLEs direcionados aos outros participantes (gestores e trabalhadores).

Benefícios: Os resultados serão utilizados somente para fins científicos, ou seja, produção de relatórios e artigos. O pesquisador também assume o compromisso com a devolução dos resultados. Desta forma, espera cumprir com a função social da pesquisa que é retornar ao campo e poder contribuir para o conhecimento da realidade estudada e assim poder trazer algum benefício para os sujeitos da pesquisa.

#### **Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa relevante, com valor científico, pois investiga um tema pertinente para a clínica relacionada processo de implantação das redes assistenciais nas regiões de saúde do Ceará. Adota metodologia específica para alcance dos objetivos propostos. Descreve os riscos e benefícios da

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

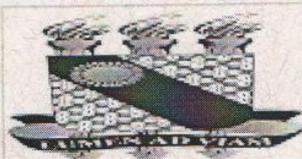
Telefone: (85)3101-9890

Município: FORTALEZA

Fax: (85)3101-9906

CEP: 60.714-903

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 880.192

pesquisa, além de critérios de inclusão e exclusão para os participantes. Entretanto, por se tratar de uma pesquisa clínica, sugerimos que seja apreciado pelo Comitê Nacional de Ética em pesquisa (Conep).

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

O Projeto apresenta Termo de Consentimento Livre e Esclarecido direcionados aos usuários; gestores e trabalhadores de saúde;

Apresenta Folha de Rosto com a assinatura da pesquisadora e diretor do Centro de Ciências Sociais Aplicadas;

Apresenta as Cartas de Anuência da Rede de Unidades de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde, Instituições estas, responsáveis pelos sítios onde será realizada a pesquisa;

Apresenta cronograma de execução da pesquisa respeitando o prazo previsto para aprovação do Cep;

Apresenta Projeto de Pesquisa anexado na íntegra.

**Recomendações:**

Identificar o TCLE direcionado aos gestores e trabalhadores de saúde.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto de pesquisa segue as exigências estabelecidas pela Portaria 466/13.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

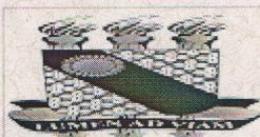
Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: anavaleska@usp.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO  
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 880.192

FORTALEZA, 21 de Novembro de 2014

Assinado por:  
Ana valeska Siebra e silva  
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: [anavaleska@usp.br](mailto:anavaleska@usp.br)

## ANEXO B – Parecer favorável da Prefeitura Municipal de Fortaleza

PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

## AO DISTRITO DE SAÚDE DA SR IV

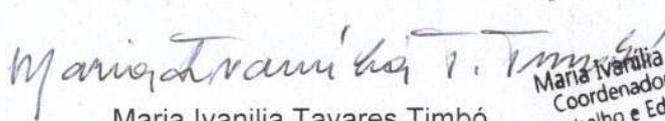
Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO CEARÁ: DESAFIOS DA UNIVERSIDADE DO ACESSO E DA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável é a **COORDENADORA Lucia Conde de Oliveira, Universidade Estadual do Ceará - UECE**.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.
- A pesquisa será realizada por todas as (UAPS) na SR IV.
- A coleta de dados ocorrerá durante o mês de **JANEIRO DE 2015 A JUNHO DE 2016**.
- O pesquisador deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para a Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde– **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE DA SMS.**

Comunicamos ainda que a COGTES/SMS emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 23 de Julho de 2014.

  
Maria Ivanilia Tavares Timbó  
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde

Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da SMS