



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

CARLOS BRUNO SILVEIRA

**AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO E SUAS
FERRAMENTAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL**

FORTALEZA – CEARÁ

2017

CARLOS BRUNO SILVEIRA

AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO E SUAS
FERRAMENTAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

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.^a Dr.^a Maria Salete Bessa Jorge.

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silveira, Carlos Bruno.

Avaliação da articulação entre a estratégia saúde da família e as redes de atenção à saúde: processos de trabalho e suas ferramentas na produção do cuidado integral [recurso eletrônico] / Carlos Bruno Silveira. - 2017.

1 CD-ROM: il.; 4 ¼ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 154 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, 2017.

Área de concentração: Saúde Coletiva.

Orientação: Prof.^a Ph.D. Maria Salete Bessa Jorge.

1. Redes de Atenção à Saúde. 2. Atenção Primária à Saúde. 3. Cuidado Integral. 4. Processos de Trabalho. I. Título.

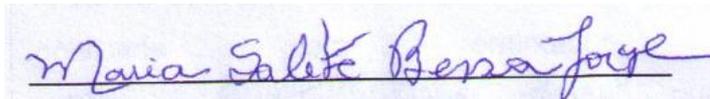
CARLOS BRUNO SILVEIRA

AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E
AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: processos de trabalho e suas ferramentas na
produção do cuidado integral

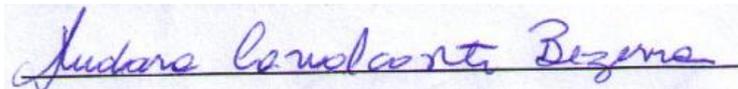
Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Saúde Coletiva.
Área de Concentração: Saúde Coletiva.

Aprovada em: 18 de dezembro de 2017.

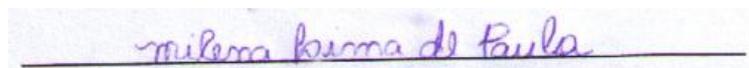
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Dr^ª. Maria Salete Bessa Jorge (Orientadora)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Dr^ª. Indara Cavalcante Bezerra (1º Membro)
Universidade Estadual do Ceará – UECE



Dr^ª. Milena Lima de Paula (2º Membro)
Universidade Estadual do Ceará - UECE

A minha família, por ser base e
inspiração em todos os caminhos
percorridos até aqui.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por todos os caminhos abertos, a segurança que mantém firme a caminhada.

A Prof^a. Dr^a. Maria Salete Bessa Jorge.

A CAPES, agência de fomento, por proporcionar o financiamento dos meus estudos durante esses dois árduos anos.

Ao PPSAC, por ter possibilitado inúmeras vivências essenciais à construção de um ser mais coletivo e inclusivo.

À minha amiga Lourdes Suelen Pontes Costa, pelos conselhos sempre oportunos, pela disponibilidade e interesse em contribuir com este trabalho.

À Prof^a. Dr^a. Ilse Maria de Arruda Tigre Leitão, pela presença constante em minha vida acadêmica.

Aos membros da banca pelas valiosas considerações para o aprimoramento deste estudo.

Aos meus amigos e colegas de turma, Jhenifer de Souza Góis, Fernando Virgílio Oliveira e Natalia Lima Souza pela parceria constante e inúmeras experiências compartilhadas.

À minha amiga Jordana Rodrigues Moreira, por ter somado leveza a nossa rotina e contribuir em nossas conquistas.

À minha noiva Kleyriane Câmara Castelo Branco, pelo afago diário e compreensão pelas inúmeras vezes que fui ausente.

“Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.”

(MICHEL FOUCAULT)

RESUMO

O estudo das RAS se tornou uma das discussões mais desafiantes dos tempos atuais. Em primeiro lugar, pela atualidade, pois é prioridade de diversos países a organização dos serviços em redes e que estão em pleno processo de efetivação. Em segundo lugar, pela complexidade que o tema alcança, ao supormos que o trabalhador tem altos graus de liberdade no exercício do seu trabalho e, portanto, está apto a realizar as redes com altos graus de singularidade, diferenciando em muito do que é prescrito pelas normatizações oficiais. Objetivou-se avaliar a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado integral em saúde e em saúde mental. Trata-se de um estudo avaliativo, de natureza qualitativa e quantitativa, com prevalência da primeira e aproximação da abordagem construtivista. A pesquisa aconteceu nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e Centros de Atenção Psicossocial do município de Fortaleza- Ceará, sendo os participantes os trabalhadores e usuários que utilizam estes e destes serviços. Utilizou-se do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool*) para coleta dos dados quantitativos, da entrevista em profundidade, observação participante e do diário de campo para os dados qualitativos. A análise dos dados foi por estatística descritiva e Análise Categorical Temática. Os resultados apresentam as inúmeras fragilidades e dificuldades enfrentadas pelos trabalhadores e usuários do sistema de saúde, assim também como as estratégias e ferramentas que contribuem para a inserção dos pontos de atenção à saúde em uma rede efetiva de cuidados à saúde. Considera-se que o sistema de saúde vigente na cidade de Fortaleza precisa repensar e adequar o processo de trabalho dos seus profissionais a fim de proporcionar, ou mesmo se aproximar, de um cuidado mais integral, apesar de se reconhecer o quão complexo é esse sistema.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Atenção Primária à Saúde. Cuidado Integral. Processo de Trabalho.

ABSTRACT

The study of SAR has become one of the most challenging discussions of our times. In the first place, for the present, because it is the priority of several countries to organize the services in networks and that are in full process of effectiveness. Secondly, because of the complexity of the topic, we assume that the worker has high degrees of freedom in the exercise of his or her work and, therefore, is able to carry out networks with high degrees of singularity, differing greatly from what is prescribed by official regulations. The objective was to evaluate the articulation between the Family Health Strategy and the Health Care Networks, in relation to the work process and production of integral care in health and mental health. It is an evaluative study, of a qualitative and quantitative nature, with a prevalence of the first and approach of the constructivist approach. The research was conducted in the Units of Primary Health Care and Psychosocial Care Centers of the municipality of Fortaleza, Ceará, and the participants are the workers and users who use these and these services. The Primary Care Assessment Instrument (PCATool) was used to collect the quantitative data, the in-depth interview, participant observation and the field diary for the qualitative data. Data analysis was by descriptive statistics and Thematic Categorical Analysis. The results show the numerous fragilities and difficulties faced by workers and users of the health system, as well as the strategies and tools that contribute to the insertion of health care points into an effective health care network. It is considered that the health system in force in the city of Fortaleza needs to rethink and adapt the work process of its professionals in order to provide, or even approach, a more comprehensive care, despite recognizing how complex this system.

Key-words: Health Care Networks. Primary Health Care. Integral Care. Work process.

LISTA DE FIGURAS

| | | |
|----------|---|----|
| Figura 1 | Divisão administrativa da cidade de Fortaleza - Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) | 53 |
| Figura 2 | Fase de análise qualitativa do material empírico. | 65 |
| Figura 3 | Diagrama de árvore por agrupamento por similaridade de codificação entre os temas | 68 |
| Figura 4 | Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação entre todos os temas. | 69 |
| Figura 5 | Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó Rede de Atenção à Saúde. | 70 |
| Figura 6 | Fluxo do usuário a partir da Estratégia Saúde da Família à Rede de Atenção à Saúde. | 82 |
| Figura 7 | Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó Processos de Trabalho. | 89 |
| Figura 8 | Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó Cuidado Integral. | 97 |

LISTA DE QUADROS

| | | |
|------------|--|----|
| Quadro I | Diferença entre o sistema fragmentado por especialidades e as Redes de Atenção a Saúde | 27 |
| Quadro II | Problemas visualizados nas três primeiras gerações da avaliação | 46 |
| Quadro III | Participantes da Pesquisa: Etapa Quantitativa | 56 |
| Quadro IV | Participantes da Pesquisa: Etapa Qualitativa | 57 |
| Quadro V | Critérios de Inclusão dos Participantes | 58 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|----------|--|----|
| Tabela 1 | Caracterização dos profissionais participantes da etapa quantitativa | 85 |
| Tabela 2 | Caracterização dos usuários do SUS participantes da etapa quantitativa | 85 |
| Tabela 3 | Componentes do PCATool para usuários adultos | 86 |
| Tabela 4 | Componentes do PCATool para profissionais | 87 |

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

| | |
|-------------|--|
| ACES | Agrupamentos de Centros de Saúde |
| ACS | Agentes Comunitários de Saúde |
| APS | Atenção Primária à Saúde |
| AQG | Avaliação da Quarta Geração |
| BPA | Boletim de Produção Ambulatorial |
| CAPS | Centros de Atenção Psicossocial |
| CE | Ceará (Estado) |
| CEO | Centros de Especialidades Odontológicas |
| CORES | Coordenadorias Regionais de Saúde |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| GRUPSFE | Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem |
| IBGE | Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística |
| IJF | Instituto Dr. José Frota |
| MS | Ministério da Saúde |
| NAC | Núcleo de Assistência ao Cliente |
| NASF | Núcleos de Apoio à Saúde da Família |
| NUTEP | Núcleo de Tratamento e Estimulação Precoce |
| PCATool | Primary Care Assessment Tool |
| PNAB | Política Nacional de Atenção Básica |
| PPSAC | Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva |
| QRS | <i>Qualitative Solutions Research – Nvivo</i> |
| RAPS | Rede de Atenção Psicossocial |
| RAS | Redes de Atenção à Saúde |
| RT | Residências Terapêuticas |
| SAMU | Serviço de Atendimento Móvel de Urgência |
| SIA | Sistema de Informação Ambulatorial |
| SIAB | Sistema de Informação da Atenção Básica |
| SISPRENATAL | Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal, Parto, Puerf Criança |
| SM | Saúde Mental |
| SMS | Secretaria Municipal de Saúde |

| | |
|---------|--|
| SSA 2 | Relatório da Situação de Saúde e Acompanhamento das Famílias |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UAG | Unidade de Apoio a Gestão |
| UAPS | Unidade de Atenção Primária à Saúde |
| UC | Unidades de Contexto |
| UECE | Universidade Estadual do Ceará |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul |
| Unicamp | Universidade de Campinas |
| UPA | Unidade de Pronto Atendimento |
| UR | Unidades de Registro |
| USP | Universidade de São Paulo |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|--|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO | 16 |
| 1.1 | ENCONTRO E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR COM O OBJETO | 16 |
| 1.2 | OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA | 17 |
| 2 | OBJETIVOS | 23 |
| 2.1 | OBJETIVO GERAL | 23 |
| 2.2 | OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 23 |
| 3 | REVISITA À LITERATURA | 24 |
| 3.1 | A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS TECITURAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO | 24 |
| 3.2 | ENLACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL | 33 |
| 3.3 | SINGULARIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL | 40 |
| 4 | BASE TEÓRICA | 45 |
| 4.1 | AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE | 45 |
| 5 | MÉTODO | 52 |
| 5.1 | NATUREZA DO ESTUDO | 52 |
| 5.2 | CAMINHOS DA PESQUISA | 52 |
| 5.2.1 | Campo Empírico | 52 |
| 5.2.2 | Participantes da Pesquisa | 54 |
| 5.2.3 | Instrumentos e Técnicas | 58 |
| 5.2.4 | Construção do Aplicativo - Automatização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (PCATool). | 60 |
| 5.2.5 | Plano de Análise e Interpretação das Informações | 62 |
| 5.2.6 | Aspectos Éticos e Legais | 66 |
| 6 | RESULTADOS E DISCUSSÕES | 67 |
| 6.1 | A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E A (DES) ESTABILIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: FUNCIONAMENTO E CONEXÕES | 70 |
| 6.2 | ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELO PCATOOL: ANÁLISE DOS COMPONENTES | 84 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 6.3 | PROCESSOS DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE | |
| 6.4 | ESTRATÉGIAS E FERRAMENTAS NA (DES) CONSTRUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL | 97 |
| 7 | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 109 |
| | REFERÊNCIAS | 114 |
| | APÊNDICES | 121 |
| | ANEXOS | 127 |

1 INTRODUÇÃO

1.1 ENCONTRO E IMPLICAÇÕES DO PESQUISADOR COM O OBJETO

A relação de vida deste pesquisador com a Atenção Primária a Saúde (APS), iniciou bem antes de este entender os significados e sentidos envolvidos nesse contexto. Filho de “médico da família” começou desde cedo a vivenciar experiências que iriam influenciar em suas escolhas profissionais e até mesmo pessoais. A área da saúde para sua formação já era dada como certa pelo seu interesse em contribuir no cuidar das pessoas que estavam a sua volta. Já adulto, escolheu a Enfermagem como a área do conhecimento que lhe daria o suporte necessário para prestar o cuidado almejado.

No curso de graduação em Enfermagem, entre os anos de 2011 e 2015, pode compreender melhor a APS e as obrigações enquanto, não somente, profissional, mas como cidadão ciente da sua competência e da necessidade de transformação da realidade imposta até os dias de hoje. Os caminhos percorridos neste período levaram-no a crer na fragilidade de um sistema que é formidável na sua potencialidade de atuação, mas que ainda não teve a possibilidade de contemplar todo o potencial que possui.

Como enfermeiro, vivencia situações de aproximação com o território em que é possível sentir a inquietude emergir com as desigualdades e inconsistências deste mesmo sistema que se diz universal, equitativo e integral, mas que ainda engatinha na solidificação desses princípios. A complexidade deste contexto também o impressiona, o fascina pela gama de oportunidades, estratégias e ferramentas que são lançadas diariamente para a construção de algo vivo, eficiente e útil à comunidade brasileira.

Os questionamentos e indagações sobre o funcionamento da APS e o Sistema Único de Saúde (SUS) persistem e insistem, logo, sente a necessidade de discutir a saúde mais amplamente e refletir sobre as práticas de promoção da saúde, então adentra, em 2016, como mestrando ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPSAC) da Universidade Estadual do Ceará (UECE), a fim de aperfeiçoar seus conhecimentos e poder contribuir de forma mais qualificada para a saúde do país.

Simultaneamente inicia sua participação no Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), quando ocorrem discussões, reuniões, orientações que contribuem para o empoderamento sobre os inúmeros assuntos abordados. Além dos inesquecíveis momentos de estima e firmamento das relações afetivas entre amigos

e colegas integrantes do grupo, que instigam e alimentam o desejo de que construir um mundo melhor é possível.

Neste novo cenário, fortalece a idealidade de contribuir com esse sistema que necessita do esforço de todos os sujeitos que fazem parte, sejam gestores, profissionais, trabalhadores, usuários, cuidadores e/ou familiares, além das inúmeras e multiplicáveis possibilidades de construção do fazer cuidado em saúde.

As práticas comumente aceitas levantam diversas indagações sobre ações que estão sendo realizadas de forma autoritárias e desiguais. É nítida a necessidade de trabalho vivo nestas relações que geram saúde, ou doenças, a depender de como e quais abordagens/intenções são utilizadas.

A vivência deste pesquisador suscita que a cobrança de um sistema duro em suas relações, que visa apenas à produção de números (realidade do papel), muitas vezes não reflete a realidade existente, sobrecarrega o trabalho e impede que os profissionais e trabalhadores de saúde se capacitem e assim, possam prestar assistência à saúde com mais qualidade e dignidade.

1.2 OBJETO DE ESTUDO E CONTEXTUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

Com o decorrer desse processo de amadurecimento, de vivências e reflexões sobre o funcionamento do sistema de saúde, percebeu-se, com base na literatura pesquisada, que a consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher as necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais (STARFIELD, 2010).

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2010a).

Neste sentido, considera-se que a APS é reconhecidamente um componente-chave nos sistemas de saúde. Esse reconhecimento fundamenta-se nas evidências de seu impacto na saúde e no desenvolvimento da população nos países que a adotaram como base para seus sistemas de saúde: melhores indicadores de saúde, maior eficiência no fluxo dos usuários dentro do sistema, tratamento mais efetivo de condições crônicas, maior eficiência do

cuidado, maior utilização de práticas preventivas, maior satisfação dos usuários e diminuição das iniquidades sobre o acesso aos serviços e o estado geral de saúde (OPAS, 2011).

A Atenção Primária como modalidade de atenção à saúde deve ser o recurso técnico e estratégico que busca a reorientação dos sistemas de saúde e torna-se o alicerce das RAS, delineando o trabalho de todos os níveis dos sistemas de saúde, entrelaçados em redes de atenção, promovendo a organização e racionalização da utilização dos recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde. Assim, a APS deve ser a entrada do usuário para todas as novas necessidades e problemas de saúde da população, fornecendo atenção sobre a pessoa (não direcionada para a doença), nos fluxos dos cuidados e para todas as condições (BRASIL, 2010a).

A APS apresenta dois aspectos distintos e interdependentes, primeiramente é uma estratégia de organização dos sistemas de saúde, nos quais representa o primeiro nível de atenção, e também um modelo de mudança da prática clínico-assistencial dos profissionais de saúde. Esta orienta-se por eixos estruturantes que recebem o nome de atributos essenciais, são eles: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e os atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural (STARFIELD, 2002).

Os atributos podem ser utilizados para avaliar a APS separadamente, apesar de se apresentarem intimamente inter-relacionados na prática assistencial, individual ou coletiva, dos serviços. Assim, um serviço de atenção básica dirigido à população geral pode ser considerado provedor de atenção primária quando apresenta os quatro atributos essenciais, aumentando seu poder de interação com os indivíduos e com a comunidade ao apresentar também os atributos derivados. No momento em que um serviço de saúde é fortemente orientado para o alcance da maior presença destes atributos ele se torna capaz de prover atenção integral, do ponto de vista biopsicossocial, a sua comunidade adscrita (STARFIELD, 2010).

Neste estudo destaca-se a integralidade, pois também se trata de um dos pilares na construção do SUS, consagrado pela Constituição Federal de 1988 e possui quatro dimensões: primazia das ações de promoção e prevenção, atenção nos três níveis de complexidade da assistência médica, articulação das ações de promoção, proteção e prevenção e abordagem integral do indivíduo e das famílias (GIOVANELLA, 2006).

Por isso que na organização dos serviços de saúde da APS por meio da Estratégia Saúde da Família (ESF) priorizam-se ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, de forma integral e continuada. A ESF define-se por um conjunto de ações e serviços que vão

além da assistência médica, estruturando-se com base no reconhecimento das necessidades da população, apreendidas a partir do estabelecimento de vínculos entre os usuários dos serviços e os profissionais de saúde, em contato permanente com o território (BRASIL, 2012a).

As Linhas e Redes de Cuidado, como modelo de atenção à saúde, buscam dar conta dos vários níveis de atenção mantendo na RAS, organizada por intermédio da ESF, a porta de entrada principal e a responsabilidade pela gestão do cuidado do paciente e pelo acesso regulado a todos os pontos e níveis do sistema. Essa proposta incorpora também muitos dos conceitos, arranjos e dispositivos elaborados com base nas proposições da clínica ampliada e do cuidado para a superação das limitações, tanto da clínica quanto da gestão tradicionais, na busca pela integralidade (KALICHMAN; AYRES, 2016).

A ESF propõe que a atenção à saúde se centre na família, entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que leva os profissionais de saúde a entrar em contato com as condições de vida e saúde das populações, permitindo-lhes uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenções que vão além das práticas curativas. Para tanto, os profissionais que nela atuam deverão dispor de um arsenal de recursos tecnológicos bastante diversificados e complexos (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Destacam-se, no entanto, as dificuldades e motivações apontadas como, por exemplo, a insuficiente organização em coletividade para busca de bens comuns, a formação da força de trabalho em saúde, ainda voltada para o mercado; a fragilidade da gestão democrática e participativa do SUS em todos os níveis da federação; a inexistência e ou existência de modo muito incipiente de uma política micro de Educação Permanente em Saúde, que possa colocar na roda de discussão todos os atores envolvidos na produção do cuidado em saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Entende-se que a atenção integral a saúde, e aqui se leva em conta impreterivelmente a saúde psíquica do indivíduo, deve propor um conjunto de dispositivos sanitários e sócio culturais que partam de uma visão integral das várias dimensões da vida do indivíduo, em diferentes e múltiplos âmbitos de intervenções: educativo, assistencial, social e de reabilitação.

Nessa direção, a Saúde Mental (SM) tem buscado a reestruturação da atenção psiquiátrica com base na atenção básica de saúde e no contexto do modelo de sistemas locais de saúde. A integração dessas ações preconiza organizar uma rede de serviços de forma hierarquizada e regionalizada contemplando a ESF. Assim, a SM, como integrante da saúde coletiva, é incluída no plano de um sistema descentralizado, regionalizado e hierarquizado. É um tipo de ação especial que deve ser exercida no município, desenvolvendo uma proposta

integrada aos serviços de saúde, com caráter interdisciplinar, científico, social, cultural e humanizado (BÜCHELE, 2006).

Contudo, os serviços públicos de saúde no Brasil ainda se caracterizam pela fragmentação e descontinuidade da atenção, em decorrência de fragilidades na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e a gerência dos serviços; entre os serviços de saúde e de apoio diagnóstico e terapêutico e entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

A fragmentação da atenção e a responsabilização clínica insuficiente são reflexos do modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nos serviços de saúde. Essa (ir)racionalidade gerencial induz tais serviços a se responsabilizar pelos usuários apenas enquanto estão dentro de seu espaço físico, nem antes de entrarem nem depois de saírem, e pouco contribui para a responsabilização sanitária territorial das populações (LAVRAS, 2011).

O movimento real dos usuários no “sistema de saúde”, em particular, o modo como constroem itinerários terapêuticos que escapam à racionalidade pretendida pelos gestores; a transversalidade que o trabalho produz ainda hoje no “sistema” de saúde, a despeito das estratégias crescentemente disciplinadoras a que vem sendo submetido; a multiplicidade de “portas de entrada” para o “sistema”, em particular, nos serviços do tipo prontoatendimento, que desafiam o ideal da rede básica como “porta de entrada” da pirâmide de serviços, tudo isso tem obrigado gestores e pesquisadores da área a trabalharem com conceitos mais flexíveis de redes de cuidado construídas a partir da ação de usuários, trabalhadores e gestores (CECÍLIO, 2011).

Com as formas de um cuidado em liberdade (re)surgidas com o movimento da Reforma Psiquiátrica, há a preocupação de que o modo tutelador se presentifique nos serviços e nas relações de trabalho. Dessa forma, o pensamento crítico e ético sobre o trabalho a ser realizado se torna fundamental para o exercício desse cuidado em liberdade. Ver o outro como protagonista de sua história e, portanto, capaz de tomar decisões na vida e se responsabilizar por elas (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

A busca de um modelo assistencial que esteja orientado para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em sintonia com os princípios do SUS e que supere os problemas decorrentes da hegemonia do paradigma da biomedicina é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro na atualidade. Este cenário está fortemente refletido nas

produções acadêmicas, nas políticas, conferências e congressos nacionais e internacionais (FERTONANI *et al.* 2015).

Prevalece nos serviços de saúde um saber técnico-científico que nega o saber popular, as subjetividades, seja nos encontros individuais ou coletivos, levando o sujeito adoecido ou não, a não questionar. Em tais circunstâncias, toda e qualquer forma de conhecimento dos sujeitos usuários do SUS é menosprezada, assim apenas tem validade o que está posto, a técnica, o científico. Na realidade dos serviços de saúde, há uma grande dificuldade entre os trabalhadores no sentido de mobilizar e incentivar a população, para juntos pensarem e construir a saúde (SORATTO; WITT; FARIA, 2010).

Observa-se que para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma da biomedicina, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Com isso, problemas relacionados à integração do sistema e coordenação dos cuidados também vêm recebendo atenção nas reformas dos sistemas de saúde, com iniciativas para fortalecer a APS. As propostas de fortalecimento da posição da atenção primária no sistema decorrem do reconhecimento da fragmentação na oferta dos serviços de saúde e da prevalência de doenças crônicas, que exigem maior contato com os serviços de saúde e outros equipamentos sociais em um contexto de pressão por maior eficiência (GIOVANELLA, 2006; SALTMAN *et al.*, 2006; HOFMARCHER *et al.*, 2007).

Desta forma, a integração das unidades de saúde da família à rede assistencial é fundamental para garantir uma oferta abrangente de serviços e para coordenar as diversas ações requeridas para resolver as necessidades menos frequentes e mais complexas e proporcionar um cuidado integral ao usuário.

Implementar uma concepção abrangente ou integral de saúde implica a construção de sistemas de saúde orientados pela APS, articulados em rede, centrados no usuário e que respondam a todas as necessidades de saúde da população. A integração ao sistema é condição para se contrapor a uma concepção seletiva da APS como programa paralelo com cesta restrita de serviços de baixa qualidade, dirigido a pobres. E a atuação intersetorial é condição para que a APS não se restrinja ao primeiro nível, mas seja base a toda a atenção, contemplando aspectos biológicos, psicológicos e sociais, incidindo sobre problemas coletivos nos diversos níveis de determinação dos processos saúde-enfermidade, promovendo a saúde (GIOVANELLA, 2006).

O estudo das redes nos serviços de saúde se tornou uma das discussões mais desafiantes dos tempos atuais. Em primeiro lugar pela atualidade, por que é prioridade do Ministério da Saúde (MS) a organização dos serviços em redes, tendo lançado as redes prioritárias para sua construção, que estão em pleno processo de efetivação. Em segundo lugar, pela complexidade que o tema alcança, ao supormos que o trabalhador tem altos graus de liberdade no exercício do seu trabalho e, portanto, está apto a realizar as redes com altos graus de singularidade, diferenciando em muito do que foi prescrito pela normatização oficial (FRANCO, 2015).

Acredita-se que o presente estudo emerge como possibilidade de compreender a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a fim de fornecer uma avaliação que permita o advento de novos rumos para as Redes de Atenção à Saúde que seja capaz de, de fato, responder as necessidades de saúde da população.

A pesquisa almeja destacar como este modelo de atenção se articula com as redes de atenção à saúde, direcionando o foco para a integralidade e às necessidades ampliadas de saúde, em relação estreita com os princípios do SUS e que rompa com a hegemonia do paradigma da biomedicina, levando em conta que esse é um dos grandes desafios do sistema de saúde brasileiro.

Considerando a necessidade de investigar como ocorre o desenvolvimento das ações em saúde, elenca-se alguns questionamentos que direcionam os pesquisas deste estudo. Quais ferramentas e estratégias são utilizadas na busca do cuidado integral? Os serviços de saúde encontram-se articulados entre si, numa perspectiva de rede de atenção integral e humanizada? Como acontecem os processos de trabalho? Como estão organizadas as linhas de cuidados? Reflete-se ainda sobre a capacidade da Estratégia Saúde da Família como ordenadora/coordenadora da rede de atenção à saúde.

A fim de responder os referidos questionamentos, este estudo centra-se na avaliação participativa como possibilidade de analisar as relações que existem entre os diferentes componentes de uma investigação e propiciar espaço de construção e participação de sujeitos.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Avaliar a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado integral em saúde e em saúde mental.

2.2 ESPECÍFICOS

- ⇒ Mapear as ferramentas e estratégias presentes na comunidade que facilitem/difícultem o cuidado integral;
- ⇒ Descrever como a Estratégia Saúde da Família se articula com o Centro de Atenção Psicossocial na produção do cuidado integral;
- ⇒ Analisar como se articula a Estratégia Saúde da Família e as redes de Atenção a Saúde, no que se refere ao processo de trabalho e a produção do cuidado integral.

3 REVISITA À LITERATURA

É inegável a complexidade do tema proposto e a multiplicidade de fatores, agentes e sujeitos envolvidos em tal processo, deste modo, apresenta-se a seguir uma revisita a literatura em três partes. A primeira detém-se a explicar sobre a Rede de Atenção a Saúde e Seus processos de Trabalho. Na segunda, busca-se contextualizar a APS com a ESF e sua interface com a Atenção Psicossocial. E a terceira volta-se à produção do cuidado e integralidade.

3.1 A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE E SUAS TECITURAS NOS PROCESSOS DE TRABALHO

Para iniciar este tema é importante pensar nas mudanças possíveis em relação ao plano de organização do SUS, especialmente por meio de sua organização em redes de atenção à saúde e do fortalecimento da APS por meio da ESF. Nesse âmbito, mesmo contando com menores recursos que o sistema privado de saúde suplementar, o SUS apresenta melhores condições de efetivamente estruturar redes de atenção à saúde, coordenadas pela APS. O sistema de saúde suplementar brasileiro sequer colocou, em sua agenda, os temas das redes de atenção à saúde e da APS (MENDES, 2013).

Faz-se assim importante destacar o texto da portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, quando afirma que:

...a organização da atenção e da gestão do SUS expressa o cenário apresentado e se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrado por: (1) lacunas assistenciais importantes; (2) financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade da atenção à saúde; (3) configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; (4) fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; (5) a pulverização dos serviços nos municípios; e (6) pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na APS (BRASIL, 2010a, p.2).

Esse é um grande desafio que se coloca para os anos futuros, mas que não será fácil de ser superado porque a fragmentação presente tem profundas raízes econômicas, políticas e culturais que a sustenta. Alguns passos têm sido dado, nos últimos anos, no caminho da construção de redes de atenção à saúde no SUS (MENDES, 2013).

A resposta a esse desafio está em restabelecer a coerência entre a situação de saúde e a forma de organização do sistema de saúde, acelerando as mudanças necessárias que levem à conformação de um sistema integrado que opere de forma contínua e proativa e que seja capaz de responder, com eficiência, efetividade, qualidade e de modo equilibrado às condições agudas e crônicas. Ou seja, o SUS deve ser estruturado pela RAS, coordenadas pela APS (MENDES, 2013).

As redes são algo informe, às vezes invisível, que opera por fluxos, e por isto mesmo tem uma leveza quase sonora, porque acontece sempre entre os que se propõem as conexões, ao encontro. Isto significa que a rede não se forma no polo de uma equipe ou outra, mas na relação, por isto a perspectiva de que acontece no entre é central para se compreender o quanto é valiosa esta ideia de conexão, fluxos entre os que se propõem a formar redes de cuidado (FRANCO, 2015).

Considerando então esta situação vigente, é relevante destacar o que Mendes (2012) sugere, ao analisar o modelo do sistema de saúde brasileiro e os desafios envolvidos...

...os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das RAS [Redes de Atenção à Saúde], articulando, de forma singular, as relações entre os componentes da rede e as intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográficas e epidemiológicas e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2012, p.52).

De acordo com este mesmo autor (MENDES, 2012), o novo paradigma incorpora preceitos da APS, reportando-se a resolução da Conferência de Alma-Ata (1978) e a definição de Cuidados Primários de Saúde, defendendo que a institucionalização da APS do SUS como estratégia de saúde da família significa dois grandes movimentos de mudanças: “*a superação do ciclo da atenção básica à saúde pelo ciclo da atenção primária à saúde, e a consequente superação do programa de saúde da família (PSF) pela consolidação da estratégia de saúde da família*”.

Com esse propósito, embora o contexto político atual discorde, e em sintonia com o Pacto pela Saúde, em 2010 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder as condições crônicas e as condições agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS (BRASIL, 2010a).

Desta forma, a ESF e o papel da APS na ordenação das redes de atenção, aquela época, foram fortalecidos pela PNAB. “A então ‘nova’ política articula a APS com importantes iniciativas do SUS, como a ampliação das ações intersetoriais e de promoção da

saúde”. A APS deveria ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da RAS. Cabe salientar que na PNAB os termos “Atenção Básica” e “Atenção Primária à Saúde” são equivalentes (BRASIL, 2012a, p. 32).

O texto da PNAB publicado em 2012 caracteriza esta política como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012a).

A proposta de organização em redes de atenção à saúde já foi incorporada na legislação do SUS pelo Decreto 7.508/2011 que regulamentou a Lei Orgânica da Saúde e tem constituído uma prioridade de diversos governos nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Porém, ainda falta garantir maior legitimidade a este importante fato com implantação de estratégias e ferramentas eficazes ao contexto utilizado.

Para Mendes (2007) o ponto inicial para pensar em rede deve ser a integração e define o conceito de Redes de Atenção à Saúde como organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculada entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente.

O objetivo da RAS seria promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

A APS busca então, ordenar a entrada do usuário no sistema de saúde, identificando demandas e necessidades (individuais e coletivas), devendo a atenção ser coordenada e articulada em rede para proporcionar um cuidado integral. Nesse sentido, a APS é parte da rede de saúde proposta no SUS, conectando serviços, saberes e práticas, compondo os espaços territoriais e respectivas populações. Os pontos de conexão devidamente caracterizados pelo fazer cotidiano, envolvem a oferta e demanda de serviços de saúde; o fluxo do atendimento que define a entrada e saída do usuário no sistema; e o sistema de governança operado pelos dirigentes do SUS (ASSIS, 2015).

Uma rede com porta de entrada difusa entre os diferentes pontos e diferentes níveis representa a fragilidade das equipes de APS ou, ainda, a não valorização da mesma como capaz de resolver problemas de saúde do cotidiano das pessoas. Em territórios cuja

comunicação entre profissionais e serviços é precária, a dispersão de entradas inviabiliza os, já frágeis, processo de coordenação e continuidade do cuidado (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Na busca de solidificar a ideia que um sistema de saúde trabalhado em redes é mais eficiente e resolutivo que um sistema fragmentado, apresenta-se o quadro abaixo, onde apresenta-se as diferenças entre o sistema fragmentado por especialidades e as Redes de Atenção à Saúde.

Quadro I: Diferença entre o sistema fragmentado por especialidades e as Redes de Atenção à Saúde.

| SISTEMA FRAGMENTADO | REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE |
|-------------------------------------|--|
| Organizado por componentes isolados | Organizados por um contínuo de atenção |
| Organizado por níveis hierárquicos | Organizado por uma rede poliárquica |
| Orientado para as condições agudas | Orientado para as condições crônicas e agudas |
| Voltado para indivíduos | Voltado para a população |
| O sujeito é o paciente | O sujeito é agente de saúde |
| Reativo | Proativo |
| Ênfase nas ações curativas | Atenção integral |
| Cuidado profissional | Cuidado multiprofissional |
| Gestão de oferta | Gestão de base populacional |
| Financiamento por procedimento | Financiamento por capitação ou desfecho de condição de saúde |

Fonte: OPAS, 2011.

As redes de atenção à saúde, para cumprirem com seus objetivos, devem ser coordenadas por uma APS forte. Para isso, será necessário aprofundar o movimento de implantação da ESF, e assim inaugurar um novo ciclo no SUS, o ciclo da atenção primária à saúde. Isso implicará uma agenda de radicalização da ESF com alguns pontos fundamentais: aumento da cobertura como um foco especial em grandes e médios municípios, até atingir uma cobertura de 75% da população brasileira; superação dos problemas críticos de sua gestão; expansão do trabalho interdisciplinar; implantação de modelos de atenção à saúde baseados em evidência; e incremento dos recursos financeiros (MENDES, 2013).

A operacionalização das redes de atenção em saúde dá-se pela interação de três elementos constitutivos: população adstrita a uma determinada região de saúde, estrutura

operacional, que inclui pontos de atenção e ligações entre os pontos de atenção e um modelo de atenção à saúde (STARFIELD, 2010).

As redes de atenção à saúde são a resposta adequada à situação de saúde vigente em nosso país e implicam organizar, de forma integrada, sob coordenação da APS, os pontos de atenção ambulatoriais e hospitalares secundários e terciários, os sistemas de apoio (sistema de assistência farmacêutica, sistema de apoio diagnóstico e terapêutico e sistema de informação), os sistemas logísticos (sistema de regulação da atenção, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte em saúde) e o sistema de governança (MENDES, 2013).

Vale ainda dizer que o problema do SUS está numa situação de saúde que combina transição epidemiológica e nutricional acelerada e tripla carga de doença, com forte predomínio relativo de condições crônicas, e uma resposta social estruturada num sistema de atenção à saúde que é fragmentado, que opera de forma episódica e reativa e que se volta, principalmente, para a atenção às condições agudas e às agudizações das condições crônicas. O sistema de saúde fragmentado que praticamos não é capaz de responder socialmente, com efetividade, eficiência e qualidade, à situação de saúde vigente (MENDES, 2013).

Nesse sentido, para que as redes de atenção à saúde funcionem efetivamente, necessitam da colaboração e ativa participação de um componente chave na sua estrutura, o fator humano e o desenvolvimento dos seus processos de trabalho.

Falar em redes nos serviços de saúde é pensar os trabalhadores e usuários em ação, seus atos de fala, uns com os outros, a escuta, os gestos e, sobretudo, a vontade. As redes começam onde há desejo ou vontade de cuidar (FRANCO, 2015).

O trabalho é a categoria fundamental que permite compreender os processos produtivos, o cuidado, a capacidade em produzir autonomia no usuário sobre os seus modos de andar a vida. E é pela sua atividade que os trabalhadores produzem as redes, trabalho mediado pelas tecnologias de cuidado e os agenciamentos que atravessam o próprio trabalhador, aquilo que ativa sua vontade em cuidar e o põe em movimento (FRANCO, 2015).

Os problemas vivenciados na área da saúde e da gestão do trabalho necessitam de ações estratégicas. Nesta concepção, o trabalho deve ser visto como uma categoria central para uma política de valorização dos trabalhadores de saúde. É necessário visualizar o trabalho como um espaço de construção de sujeitos e de subjetividades, um ambiente que tem pessoas, sujeitos, coletivos de sujeitos, que inventam mundos e se inventam e, sobretudo, produzem saúde (BRASIL, 2010a).

Neste cenário, do trabalho, ocorrem disputas entre interesses de diferentes sujeitos. Assim, para construção de um novo modelo assistencial com potencial para romper com o paradigma da biomedicina, é necessário considerar dois principais aspectos: o cotidiano das práticas assistenciais e as necessidades de saúde dos usuários. As diferentes contribuições teóricas sobre o tema em estudo conduzem ao entendimento de que é, a arena de interesses, construídos no cotidiano dos serviços de saúde, que define o desenho assistencial (FERTONANI *et al.* 2015).

A formação de profissionais de saúde, quando desvinculada da realidade das condições de vida e saúde da população, resulta em falta de preparo para lidar com usuários com distintas características socioculturais, o que constitui um obstáculo ao alcance da longitudinalidade pessoal na ESF (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Identifica-se aí, a significativa influência do modelo biomédico hegemônico nas práticas assistenciais e que apesar de existirem propostas e políticas estruturantes de um modelo que rompa com o paradigma biomédico, as dificuldades para sua implementação são significativas. As perspectivas teóricas e políticas de implementação de um novo modelo assistencial são desafios que necessitam ser assimilados no cotidiano dos serviços de saúde, pelos profissionais/equipes de saúde, pelos usuários e suas instâncias de controle social e pelos gestores da saúde (FERTONANI *et al.* 2015).

Conforme o conhecimento se acumula, os profissionais tendem a, cada vez mais, se subespecializar para lidar com o volume de novas informações e administrá-lo. Portanto, em quase todos os países, se vê as profissões da área de saúde ficar mais fragmentadas, com um crescente estreitamento de interesses e competências e um enfoque sobre enfermidades ou tipos de enfermidades específicas em vez de sobre a saúde geral das pessoas e comunidades (STARFIELD, 2002).

A consulta médica ainda é uma prática requisitada na gestão das demandas como única resolução. Para usuários e familiares, o atendimento médico significa um caminho para melhoria de sua condição de saúde. Consoante evidenciado, o cuidado operado no cotidiano da ESF se revela nas medidas prescritivas, procedimentos de controle e intervenções programáticas do processo saúde-doença, tais práticas incorporam ainda uma resistência para o atendimento de pessoas com problemas psíquicos (PINTO *et al.* 2012).

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui um problema: ele ameaça os objetivos de equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela.

Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles (STARFIELD, 2002).

Médicos da atenção primária, quando comparados com especialistas, lidam com uma variedade mais ampla de problemas, tanto com pacientes individuais como com a população com a qual trabalham. Como estão mais próximos do ambiente do paciente do que os especialistas, estão em uma posição melhor para avaliar o papel dos múltiplos e interativos determinantes da doença e da saúde (STARFIELD, 2002).

O Brasil precisa, de fato, enfrentar os desafios da formação médica e da distribuição das informações nos territórios, porém, pode fazer movimentos mais contundentes e contra-hegemônicos ao ampliar e fortalecer as atribuições clínicas de profissionais como enfermeiros, expandir equipes de saúde bucal, equipes de apoio matricial, incorporação de terapias complementares para que o cuidado nos territórios seja menos centrado nas doenças e com menor dependência do ato médico (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Verifica-se que, se um trabalhador não reconhece que todos os conhecimentos dos membros da equipe são válidos e importantes para produzir o cuidado e que, a resolubilidade ótima, e a integralidade, só se produzem com base nessa multiplicidade, ele não vai conseguir se conectar com outros colegas da equipe, por que vai enxergar sempre uma relação hierárquica entre os mesmos (FRANCO, 2015).

É preciso que os profissionais de saúde compreendam que atuar na ESF é muito mais do que tratar doentes. Assistir o sujeito ou a família envolta por seu domicílio e comunidade, na lógica dos princípios norteadores do SUS, significa também se apropriar de outras visões de mundo, e nessas novas visões da realidade local, com a possibilidade de atuação profissional voltada para tecnologias leve do cuidado (MORAIS, 2015).

Faz-se necessário novos modos de prestar assistência às necessidades de saúde da população. Nesse contexto, é imprescindível considerar a tipificação proposta por Merhy (2007) e Merhy *et al.* (2006): (a) tecnologias duras têm em sua estrutura uma característica dada a priori como os equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, normas e rotinas; (b) leve-duras: duras são as representadas pelos saberes e o conhecimento advindos da clínica ou da epidemiologia e a outra leve relacionada ao modo de agir singular de cada trabalhador e (c) leves dizem respeito aos aspectos inter-relacionais, como acolhimento, vínculo com responsabilização e autonomia.

Ao considerar as tecnologias leve-duras e leves, entende-se que o trabalho em saúde é produzido por meio do encontro entre duas pessoas, ou mais, onde se estabelece um jogo de expectativas e produções que criam espaços de escutas, falas, empatias e interpretações. Desta forma, os saberes e modos de operar atos de saúde que valorizam o campo relacional são imprescindíveis para a consolidação de um modelo de saúde em que o usuário é o centro da atenção com grande estímulo de sua autonomia, conforme denominam Franco (2006) e Merhy (2006; 2007).

O trabalho é, portanto, um lugar de criação, invenção e, ao mesmo tempo, um território vivo com múltiplas disputas no modo de produzir saúde. Por isso, a necessidade de implementar a práxis (ação-reflexão-ação) nos locais de trabalho para a troca e o cruzamento com os saberes das diversas profissões (BRASIL, 2010a).

Espera-se que os serviços da APS sejam acessíveis e resolutivos frente às principais necessidades de saúde trazidas pela população. A adoção de ferramentas apropriadas de trabalho gerencial, tais como a abordagem multidisciplinar, o planejamento das ações, a organização horizontal do trabalho e o compartilhamento do processo decisório podem contribuir significativamente para oferecer atenção ao primeiro contato (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

O trabalho vivo reside principalmente nas relações que são estabelecidas no ato de cuidar. É o momento de se pensar o projeto terapêutico singular, com base na escuta e na responsabilização com o cuidado. O foco do trabalho vivo deve ser as relações estabelecidas no ato de cuidar que são: o vínculo, a escuta, a comunicação e a responsabilização com o cuidado. Os equipamentos e o conhecimento estruturado devem ser utilizados a partir desta relação e não o contrário como tem sido na maioria dos casos (BRASIL, 2010a).

É importante também percebermos que os processos de "aceitação" do "problema de saúde/necessidade" também são muito variados, em termos dos distintos critérios adotados. O que vale neste momento é poder descrever o mais detalhadamente possível todos os mecanismos utilizados para dizer sim ou não, além da descrição de como isto é feito, por quem é feito e para onde é mandado (MERHY, 2006).

No contexto autoritário da gestão, parece-nos importante a sinalização da luta pela ampliação da democracia nos ambientes organizacionais. Não menos importante é o reconhecimento do papel do controle social em articular pontes políticas com os atores sociais, que podem reforçar a aliança na questão do SUS e do direito à Saúde no Brasil (CAMPOS *et al.*, 2016).

Embora haja altos graus de liberdade sobre seu próprio processo de trabalho, o trabalhador sofre também a tensão de linhas de regulação sobre sua atividade cotidiana. A exigência de produtividade no trabalho, medida sobre o volume de procedimentos, o controle de agendas limitando um trabalho do tipo “porta aberta”, a regulação do acesso através da estratificação da população por problemas de saúde, são alguns exemplos de há linhas de força de natureza taylorista tensionando para a configuração de um processo de trabalho centrado nas normas de funcionamento dos serviços. A regulação do trabalho convive neste caso com espaços de liberdade, havendo assim permanentemente uma tensão entre liberdade e captura no processo produtivo do cuidado. É nesse meio que o trabalhador se movimenta em uma micropolítica de alta complexidade, em que muitos arranjos são feitos e desfeitos, que favorecem ou não certos tipos de cuidado aos usuários, mas é sempre uma arena de disputas de projetos, mediada pelas tecnologias de trabalho, intencionalidades, e a singularidade de cada encontro entre o trabalhador e usuário (FRANCO, 2015, p.).

O encontro entre um usuário, portador de uma dada necessidade de saúde, com um trabalhador, portador de um dado arsenal de saberes específicos e práticas, envolve um encontro de situações não necessariamente equivalentes. Um, ao "carregar" a representação de um dado "problema" como "problema de saúde / necessidade de saúde", procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a "sinceridade", a "responsabilização" e a "confiança na intervenção, como uma possível solução"; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (MERHY, 1997).

Lidar com subjetividades que operam na produção do mundo em que se encontram, é algo de alta dificuldade, pois o trabalhador é desafiado a cada encontro, a cada singularidade manifestada no usuário que ele se propõe a cuidar (FRANCO, 2015).

Percebe-se a necessidade de uma agenda comum ao movimento sanitário brasileiro e a reinvenção da aliança entre trabalhadores, gestores e usuários. É necessário religar a técnica e a política pela via dos movimentos sociais e da participação popular. Os espaços do controle social são destaques de lugares que precisam ser desburocratizados, tornando-se, também, ambientes de formação e educação do SUS (CAMPOS *et al.* 2016).

3.2 ENLACES DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE, DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA À ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

A fim de embrenhar-se no tema que será explanado, elenca-se alguns conceitos, como o de Starfield (2002), que estabelece fundamentos sobre APS e que é referência na literatura nacional e internacional:

A atenção primária é o nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a atenção fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que, combinadas, são exclusivas da atenção primária (STARFIELD, 2002, p.28).

Esse conceito foi criado com base na Declaração de Alma-Ata, em 1978, quando naquele período, a APS foi então definida como:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do sistema de saúde do país, do qual é função central, sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS, 1978, p.1).

Desta forma, a APS aborda os problemas mais comuns na comunidade, oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação para maximizar a saúde e o bem-estar. Ela integra a atenção quando há mais de um problema de saúde e lida com o contexto no qual a doença existe e influencia a resposta das pessoas a seus problemas de saúde. É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhora da saúde (STARFIELD, 2002).

Starfield, ao elucidar a definição da APS, também elaborou o que se chama de atributos da APS, para que se pudessem avaliar a mesma com efetividade, portanto, a partir desta definição, explanamos a seguir os conceitos dos quatro atributos essenciais dos serviços da APS:

- Acesso de primeiro contato do indivíduo com o sistema de saúde: acessibilidade e utilização do serviço de saúde como fonte de cuidado a cada novo problema ou novo episódio de um mesmo problema de saúde, com exceção das verdadeiras emergências e urgências médicas.

- Longitudinalidade: existência de uma fonte continuada de atenção, assim como sua utilização ao longo do tempo. A relação entre a população e sua fonte de atenção deve se refletir em uma relação interpessoal intensa que expresse a confiança mútua entre os usuários e os profissionais de saúde.

- Integralidade: leque de serviços disponíveis e prestados pelo serviço de atenção primária. Ações que o serviço de saúde deve oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS, mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

- Coordenação da atenção: pressupõe alguma forma de continuidade, seja por parte do atendimento pelo mesmo profissional, seja por meio de prontuários médicos, ou ambos, além do reconhecimento de problemas abordados em outros serviços e a integração deste cuidado no cuidado global do paciente. O provedor de atenção primária deve ser capaz de integrar todo cuidado que o paciente recebe através da coordenação entre os serviços.

A coordenação é compreendida como dimensão essencial de uma APS abrangente, capaz de dar resposta integral aos problemas de saúde (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Ademais, a presença de outras três características, chamadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS:

- Atenção à saúde centrada na família (orientação familiar): na avaliação das necessidades individuais para a atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar.

- Orientação comunitária: reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços.

- Competência cultural: adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

Um das características mais relevantes da APS é que ela também compartilha características com outros níveis dos sistemas de saúde, como: responsabilidade pelo acesso, qualidade e custos; atenção à prevenção, bem como ao tratamento e à reabilitação e trabalho

em equipe. A atenção primária não é um conjunto de tarefas ou atividades clínicas exclusivas; virtualmente, todos os tipos de atividades clínicas (como diagnóstico, prevenção, exames e várias estratégias para o monitoramento clínico) são características de todos os níveis de atenção. Em vez disso, a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde (STARFIELD, 2002).

Diante disso, desde 1994, e mais intensamente a partir de 1998, o Brasil vem passando por um importante processo de reforma da sua APS. Desde o final da década de 1990, a ESF foi assumida pelo governo brasileiro como proposta de reorganização do modelo de atenção em saúde com base na implementação de uma APS fortalecida em seus atributos de porta de entrada preferencial, longitudinalidade, integralidade, centralidade na família, enfoque comunitário e participação social, como citados acima (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

A tendência de fragmentar a clínica nos diferentes níveis do sistema de saúde, fez com que vários esforços tenham sido realizados pelo governo federal para estimular a qualidade dos serviços de saúde e garantir o acesso dos usuários. A ESF foi lançada como uma das propostas do Ministério da Saúde para a reorganização da Atenção Primária, podendo ser considerada uma alternativa de ação para o alcance dos objetivos de universalização, equidade e integralidade.

Considera-se ainda que o Pacto pela Saúde em sua dimensão “Pela Vida”, a partir de uma ampla discussão entre *policy-makers* e *stakeholders* dos SUS, assume a ESF como prioritária para o fortalecimento da APS cujo alcance depende, em parte, da qualificação de seus trabalhadores e gestores, dos processos de monitoramento e avaliação permanente, e da organização e da atenção em redes interdependentes e colaborativas entre os pequenos, médios e grandes municípios em territórios regionais (BRASIL, 2006a).

Para alguns autores, como Mendes (2013), a expansão da APS e sua tradução na ESF foi à opção estratégica mais coerente feita no sistema de saúde brasileiro ao longo de toda sua história. A razão disso está nas evidências que se produziram, nos âmbitos internacional e nacional, sobre a APS em geral e sobre a ESF em particular.

A ESF deve ser flexível às singularidades dos cenários concretos e alargar as potencialidades dos seus diferentes trabalhadores de saúde, buscando, sempre que possível, diminuir a dependência de ações individuais médicas e expandir o enfoque comunitário (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Mendes (2013) faz referência ainda a vários estudos que demonstram a operacionalização da APS por meio da ESF como exitosa e superior aos modelos tradicionais

de estruturação da APS. As evidências indicam que a ESF influencia positivamente no acesso e na utilização dos serviços e teve impacto na saúde dos brasileiros: reduziu a mortalidade infantil e a mortalidade de menores de cinco anos; teve impacto na morbidade; aumentou a satisfação das pessoas com a atenção recebida; teve uma nítida orientação para os mais pobres; melhorou o desempenho do SUS; influenciou positivamente em outras políticas públicas como educação e trabalho; e contribuiu para incrementar o interesse internacional pela APS.

Almeida e Santos (2015) também corroboram com essa prerrogativa e alegam que as mudanças no perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas, a reconhecida fragmentação na prestação do cuidado em saúde, a busca de maior satisfação do usuário e pressões para o desenvolvimento de medidas que produzam relações mais custo – efetivas ao interior dos sistemas de saúde, tornaram ainda mais premente a busca de estratégias que promovam melhor coordenação da APS.

No que se refere aos modelos assistenciais, faz-se importante lembrar que podem ser considerados como um dado modo de combinar tecnologias para intervir sobre problemas e atender necessidades sociais de saúde, sendo uma maneira de organizar os meios de trabalho utilizados nos serviços ou programas de saúde. Sinalizam como melhor integrar os saberes e instrumentos disponíveis para resolver os problemas de saúde individuais e coletivos, incorporando uma lógica que orienta as práticas sobre as “demandas potenciais” de saúde (ARREAZA; MORAES, 2010).

O termo modelo assistencial é polissêmico, utilizado com diversas variações terminológicas e para designar diferentes aspectos de um fenômeno complexo. Entretanto, é possível afirmar que a conformação de um dado modelo assistencial resulta de um processo histórico-social, que é dinâmico e multifatorial e que sofre influências de uma rede de fatores das esferas macro e microsocial, de uma dada sociedade. Essa conformação envolve valores que orientam a concepção de saúde e de direito à saúde, é influenciada pelos conhecimentos acumulados e pelo paradigma hegemônico de ciência, de modo que diferentes modelos consistem em respostas políticas produzidas frente aos problemas de saúde de uma dada sociedade, considerando custos, demandas e a capacidade dos diferentes agentes em fazer valer seus interesses e direitos (FERTONANI *et al.*, 2015, p.1875).

Os movimentos de definição de um ou outro modelo caminham ora no sentido de conservação do modelo tradicional, ora no sentido de um novo modelo, ora na convivência conflitiva ou complementar entre eles. Destacam-se, portanto, neste processo, os movimentos do cotidiano do trabalho em saúde, como as relações entre pessoas, o envolvimento e a corresponsabilização (dos gestores, profissionais de saúde e dos usuários) na atenção à saúde, bem como o vínculo, acolhimento e humanização das práticas assistenciais (FERTONANI *et al.* 2015).

Todo sistema de serviços de saúde possui duas metas principais. A primeira é otimizar a saúde da população por meio do emprego do estado mais avançado do conhecimento sobre a causa das enfermidades, manejo das doenças e maximização da saúde. A segunda meta, e igualmente importante, é minimizar as disparidades entre subgrupos populacionais, de modo que determinados grupos não estejam em desvantagem sistemática em relação ao seu acesso aos serviços de saúde e ao alcance de um ótimo nível de saúde (STARFIELD, 2002).

Atualmente, tanto a estratégia de saúde da família quanto a reestruturação da atenção em saúde mental passam por importantes transformações conceituais e operacionais, reorientando o foco no modelo de saúde hospitalocêntrico, para um outro descentralizado, integrando serviços de saúde.

No cenário da Atenção à Saúde Mental, vale ressaltar algumas singularidades da trajetória da reforma quando a comparamos com a implantação de outras políticas do SUS. Têm-se a hipótese de que a política de SM brasileira, além de incorporar as diretrizes gerais do SUS – direito à saúde, integralidade da atenção, etc. –, realizou, ao mesmo tempo, uma reforma da reforma. Ou seja, junto com a expansão da cobertura, realizou-se, em alguma medida, uma reforma do paradigma teórico psiquiátrico tradicional que levou a realizar-se uma extensão do cuidado valendo-se de um modelo de atenção inovador (CAMPOS, 2008).

Diante da articulação entre o processo assistencial da ESF e as ações de saúde mental, algumas transformações ocorrem neste formato de atendimento. O usuário se mantém privilegiando a consulta especializada por um lado, mas reconhecendo a importância da escuta, por outro. Já os profissionais reconhecem que as práticas são processuais por serem modificadas com as experiências vividas no matriciamento a cada dia (PINTO *et al.* 2012).

A política de saúde mental, além da universalização da atenção, cuidou de construir um novo paradigma de conhecimento. Uma evidência dessa singularidade foi o nome modelo de atenção em saúde mental do SUS e que vem resultando na criação e implementação de novos arranjos organizacionais, como são os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), as Residências Terapêuticas (RT), etc (AMARANTE, 2010).

De início, foi muito forte a perspectiva centrada na determinação do processo saúde e doença. A crítica à biomedicina e ao conceito tradicional de saúde e doença também foi intensa no movimento. Entretanto, ao organizarem-se os novos serviços (CAPS, centros de convivência etc.) os profissionais foram obrigados a se socorrer de seus conceitos e modos de fazer clínica ou reabilitação tradicional (CAMPOS, 2008).

Em relação às práticas voltadas para saúde mental na APS, as atividades carecem ser transversais. Assim, o enfoque dado aos problemas psíquicos deve permear as demais abordagens programadas para cada grupo populacional, situação de risco ou vulnerabilidade. Na rotina das equipes da ESF, este trabalho é realizado com dinâmicas em sala de espera, nas discussões coletivas e no diálogo individual em cada atendimento. No conteúdo de cada atendimento com ênfase nos aspectos da subjetividade e no equilíbrio mental do indivíduo estão as situações que o envolvem nas suas relações sociais e no enfrentamento do estresse cotidiano (PINTO *et al.* 2012).

O atendimento conjunto, realizado por mais de um profissional, é definido como enriquecedor ao aprendizado. É preferido tanto para o profissional que vivencia essa modalidade, como para os profissionais que experienciam a modalidade de discussão clínica. Entretanto os profissionais relatam que ocorre resistência por parte dos apoiadores na adoção dessa metodologia de trabalho. A forma de apoio relatada com mais frequência é a discussão de casos, mas esta não é considerada uma regra e depende dos arranjos estabelecidos entre o Apoio Matricial (AM) e a equipe de referência (HIRDES, 2015).

Na abordagem dos casos de saúde mental o foco tende a ser o desequilíbrio psíquico demarcado pelos comportamentos não comuns para a vida. Os transtornos e seus níveis de gravidade entornam o atendimento segundo o qual tais sintomas assumem uma ordem de resolução ou encaminhamento. Sumariamente, as ações são voltadas para a manutenção do equilíbrio, se o caso for leve; ou, para o encaminhamento direto a serviços especializados, tais como o CAPS, para casos moderados ou graves (PINTO *et al.* 2012).

Observa-se que uma dificuldade do processo reside na integração e na retaguarda do serviço especializado, o CAPS. Em regra, o agendamento é realizado por intermédio do apoiador, o que gera descontentamento pela possível desvalorização da equipe da ESF em sua capacidade de avaliação. Porém, não são todos os apoiadores que restringem o acesso ao CAPS. Essa parece ser uma prática dos profissionais não vinculados ao AM. A cogestão e a corresponsabilização são os pilares do AM. Estabelece-se, assim, o eterno tensionamento de quem é o paciente (HIRDES, 2015).

A integração permite a resolução de casos na APS e evidencia outros que necessitam de atenção especializada. O não reconhecimento dessa necessidade traz à tona a insatisfação dos generalistas. Para eles, a descentralização da saúde mental por meio do AM fechou a porta de acesso ao CAPS. Assim, pode-se depreender que há tensionamentos e rupturas na articulação em rede, sobretudo no que concerne ao encaminhamento de pessoas ao CAPS. Os profissionais do CAPS não aceitam a referência direta de um profissional da ESF,

sob a justificativa de que existe o AM, sendo necessária a intercessão do apoiador. Em última análise, esses tensionamentos configuram disputas de poder e protagonismo (HIRDES, 2015).

Os campos de interação saúde mental e APS, mediante o envolvimento de especialistas e generalistas, promovem novas relações, interações e práticas profissionais. Poderão, também, promover um novo paradigma de saúde pública, que incorpore efetivamente a noção da integralidade do cuidado (HIRDES, 2015).

A humanidade é referida como um valor essencial. É expressa como a centralização na pessoa atendida, mediante uma relação personalizada, permeada pela sensibilidade, pelo interesse, pela responsabilidade e comprometimento com o paciente. Derivam da humanidade o respeito, a consciência da necessidade de compreensão do paciente e a tranquilidade nas decisões clínicas. A maturidade profissional é vista como um aspecto importante para a personalização da relação e a superação da centralização nos aspectos técnicos, visualizada como uma forma de proteção. A motivação para o atendimento; o interesse; o compromisso com o paciente e com colega (apoiador e outros profissionais da equipe); a disponibilidade para ver e conhecer o paciente; o não julgamento; a centralização na pessoa e não nos seus sintomas foram reportados como valores que perpassam a prática (HIRDES, 2015).

3.3 SINGULARIDADES NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL

Podemos definir a produção do cuidado em saúde como o provimento ou a disponibilização das tecnologias de saúde, de acordo com as necessidades singulares de cada pessoa, em diferentes momentos de sua vida, visando seu bem estar, segurança e autonomia para seguir com uma vida produtiva e feliz. Realiza-se em múltiplas dimensões que, imanes entre si, apresentam, todas e cada uma delas, uma especificidade que pode ser conhecida para fins de reflexão, pesquisa e intervenção. Podemos pensar a gestão do cuidado em saúde sendo realizada em cinco dimensões: individual, familiar, profissional, organizacional, sistêmica e societária (CECILIO, 2011).

O ato de cuidar é sempre singular, depende do trabalhador e usuário, especialmente do encontro entre ambos e sua espetacular capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos como dinâmica deste encontro, mediadas pelos agenciamentos que cada um traz sobre o significado do que é cuidar (FRANCO, 2015).

Produzir cuidado significa aproximar-se do outro e valorizar as necessidades das pessoas que demandam atenção. Trata-se, portanto, de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Não se pode esquecer que a produção do cuidado envolve dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo, responsabilização e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade. É preciso aliar a agenda política da regionalização com a produção do cuidado no cotidiano da APS, implicando responsabilidade e compromisso das equipes de saúde (ASSIS, 2015).

Pode-se observar que o fato do processo de trabalho estar centrado no trabalho vivo, que se realiza em ato, com base no encontro entre o trabalhador e usuário, onde todos os que se encontram sofrem os efeitos entre si, coloca o modo de produção do cuidado na atenção básica, em especial como de alta complexidade (FRANCO, 2015).

As contribuições de Franco e Assis convergem ao ressaltarem que a produção do cuidado implica, necessariamente, aproximar-se do outro, valorizando as necessidades das pessoas que demandam a atenção por meio de encontros conectados por diálogo entre o cuidador e quem recebe o cuidado. Para Tanto, sublinham que a produção do cuidado requer dispositivos como acesso, acolhimento, vínculo e resolubilidade, no sentido da busca contínua pela atenção integral e de qualidade (ALMEIDA; SANTOS, 2015).

Além da valorização do espaço do trabalho, há a necessidade de buscar alternativas para os problemas relacionados a não valorização dos trabalhadores de saúde. Assim, todos os profissionais de saúde podem e devem fazer a clínica ampliada, pois escutar,

avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral em saúde é responsabilidade de toda profissão da área de saúde (BRASIL, 2010a).

A atenção coordenada é justificada e necessária, porque é cada vez maior o número de pessoas que sofrem de mais de uma doença e recebem cuidados de saúde por trabalhadores de diferentes especialidades. Necessidades de saúde são bastante complexas e em geral não são adequadamente tratadas por sistemas de saúde caracterizados pela especialização e orientação profissional isolada. A inadequação pode resultar não só em necessidades não atendidas, como também em tratamentos desnecessários, duplicidade de ações e medicalização excessiva (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Na rede de atenção à saúde do SUS, a produção do cuidado recorre à hegemônica prática assistencial fundamentada na operacionalização de procedimentos de cunho biologizante, quase sempre voltados para a cura ou a reabilitação. Dessa forma, o modelo de atenção baseado na promoção da saúde, preconizado na formulação das políticas públicas, contrasta com a realidade vivenciada no cotidiano das relações terapêuticas (PINTO *et al.* 2012).

Publicações do Ministério da Saúde descrevem a integralidade como um princípio que pode ser contemplado por meio de um modelo assistencial organizado de forma hierarquizada e descentralizada, com sistemas formais de referência e contrarreferência, cuja garantia da integração dos recursos de infraestrutura é fundamental. A atenção integral depende de uma rede articulada de tal forma que os problemas apresentados pelos indivíduos possam ser abordados em todos os níveis de assistência necessários para a sua resolução e que o acesso a estes diferentes níveis seja harmonioso e ágil (STARFIELD, 2010).

Merhy (2012) faz uma provocação sobre as tensões no SUS, que pode ser análoga à produção do cuidado em ato. Ou seja, o encontro entre profissional de saúde e usuário do serviço precisa provocar uma posição de troca e de conexões, buscando um entendimento mútuo, valorizando o outro como alguém que é “produtor em si de modos de vida”. A riqueza destas conexões existenciais orienta a produção da vida que é fundamental para a construção do cuidado em saúde.

Inegavelmente, muitas pessoas estão ausentes dos serviços, por diversos motivos que impedem sua entrada. Caracterizam a demanda reprimida pelo sistema. Para tanto, a atenção integral mobiliza a equipe para uma aproximação intersubjetiva, observando questões e condições da dimensão psicossocial, tanto nos aspectos socioeconômicos como também na condição clínica que facilitem o acesso e efetivem a resolução de queixas e necessidades (PINTO *et al.* 2012).

Na efetividade do seu processo de cuidado, o dispositivo da corresponsabilização entre equipe e usuário incorpora a família, a comunidade e as ações intersetoriais articuladas no contexto sociocomunitário. O diferencial deste dispositivo terapêutico se pauta no compartilhamento de problemas vividos e na pactuação integrada das resoluções. À medida que todos assumem a responsabilidade para a melhoria das condições de vida, seja individual ou coletiva, os resultados são alcançados de modo mais resolutivo. Os familiares e usuários dispõem de iniciativas mútuas juntamente com a equipe que favorecem a assistência integral e o acesso ao serviço de saúde. No entanto, o envolvimento compartilhado exige a efetiva participação do usuário em seu processo de restabelecimento do equilíbrio (PINTO *et al.* 2012).

Além disso, é preciso considerar e valorizar o poder terapêutico da escuta e da palavra, o poder da educação em saúde e do apoio matricial a fim de construir modos para haver a corresponsabilização do profissional e do usuário (BRASIL, 2010c).

É no território onde a população efetiva seu cuidado e, por isso, os dispositivos assistenciais do SUS devem se articular com tais instituições para compor pactos de atuação integrada (PINTO *et al.* 2012).

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

No contexto das práticas assistenciais, faz-se pertinente a existência de ações intersetoriais voltadas para as necessidades e problemas de saúde, bem como de práticas de vigilância para o monitoramento da situação de saúde e tomada de decisão descentralizada. Logo, ressalta-se a importância da articulação e integração entre os níveis de promoção, prevenção e recuperação para os agravos priorizados no âmbito local, com direcionalidade e consistência entre ações realizadas e problemas abordados. Além disso, devemos lembrar que as práticas desenvolvidas na abordagem integral à saúde devem estar também dirigidas para cada encontro específico dos sujeitos com a equipe dos serviços de saúde (ARREAZA; MORAES, 2010).

O acolhimento é uma das importantes diretrizes de organização dos serviços de saúde, e requer novos significados na relação com os usuários, promovendo uma escuta qualificada do seu problema de saúde, resposta positiva, estabelecimento de vínculos e responsabilização do seu problema. Nota-se que para o acolhimento se efetuar nas relações de

cuidado, não é necessário estar institucionalizado na rede de serviços, ele existe desde que os processos de trabalho o revelam como uma prática internalizada pelos trabalhadores, um modo de produzir o cuidado (FRANCO, 2015).

No estudo de Hirdes (2015) a integralidade do cuidado foi reportada pelos profissionais na compreensão de que as questões de ordem emocional e de saúde mental são transversais a todas as práticas. A pertença ao território significa mote para a responsabilização - mesmo com o foco da atenção especializada, a equipe continua articulada com o caso. A longitudinalidade aparece como um atributo que propicia o acompanhamento das situações de doenças e crises da família no curso da vida de seus integrantes. O olhar contextualizado para o cenário amplo da vida das pessoas e o resgate da história de vida permite a planificação de projetos terapêuticos singulares na perspectiva do paradigma da clínica ampliada e de produção de vida.

O sentido ou dimensão da integralidade é a abordagem integral do indivíduo e da família, relacionada a um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos que os procuram (STARFIELD, 2010).

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

Acrescenta-se a isto que a organização e supervisão em equipe do processo de trabalho produtivo e a participação dos usuários na definição de prioridades do cuidado à saúde, como parte das práticas cotidianas da gerência de serviços descentralizados, devem ser consideradas como instrumentos importantes na cogestão de práticas assistenciais e apreensão de respostas efetivamente dadas no nível local. Isso reflete de certa forma a capacidade técnico-política e social do gestor em ampliar o seu poder decisório e mediação na implementação das ações de saúde, como no acompanhamento do impacto a ser produzido no estado de saúde dos sujeitos e coletividade ao longo do tempo (ARREAZA; MORAES, 2010).

Sendo assim, não há um juízo de valor sobre as redes ou ato de cuidar, não existe um “*a priori*”, pois as redes e o cuidado vão se produzindo no encontro. Podem assumir

características diferentes em uma mesma equipe, por exemplo os agenciamentos, que põem o trabalhador em movimento para o cuidado, pode ser na direção de produzir o acolhimento ou um cuidado biomédico, suas características só vão ficar claras quando houver o cuidado, o ato de cuidar se consumir (FRANCO, 2015).

4 BASE TEÓRICA

4.1 AVALIAÇÃO PARTICIPATIVA NO CENÁRIO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Nos últimos anos o processo avaliativo vem passando por diversas modificações no cenário da saúde, desde suas estruturas, seus instrumentos utilizados para avaliar, até a própria característica que o avaliador tem possuído durante a intenção, a aplicação, o desenvolvimento e a crítica final da avaliação.

A avaliação é considerada uma área de conhecimento ainda jovem, existindo diferentes definições e classificações, mas nem sempre há coincidência e acordo entre os diferentes estudiosos e avaliadores. Apesar da discordância e dos desentendimentos entre as diferentes escolas e perspectivas de avaliação, a reflexão conceitual e metodológica tende a convergir sobre alguns denominadores comuns fundamentados em abordagens mais pragmáticas e menos ideológicas (SERAPIONI, 2009).

A construção da avaliação se tornou mais fundamentada e esclarecida com o passar dos anos, contribuindo para que as imperfeições visualizadas nas chamadas “gerações” fossem superadas por novos significados atribuídos ao processo avaliativo e incorporados à geração seguinte. Dentro de cada contexto histórico em que as gerações estavam inseridas, a avaliação passou a contribuir diretamente com o desenvolvimento e aperfeiçoamento de sujeitos para alcançar e consolidar seus determinados objetivos.

Para Guba e Lincoln (2011) a compreensão das dimensões da avaliação ocorre a partir da divisão dentre essas gerações, pensadas assim, de forma a facilitar a compreensão didaticamente. Com todas as atribuições dadas à avaliação durante as três gerações elucidadas, estes autores trazem a reflexão sobre alguns problemas predominantes nas três gerações, que poderão ser visualizadas por meio do quadro a seguir:

Quadro II- Problemas visualizados nas três primeiras gerações da avaliação.

| | |
|--|---|
| Tendência ao gerencialismo | Por conta dos administradores serem os principais firmadores de contratos de avaliação, o avaliador é privado de seus direitos, visto que o administrador que determina quanto à divulgação dos resultados e quanto a interpretação dos mesmos. A tendência é que a relação entre o administrador e o avaliador seja amistosa, pois o administrador fica isento de responsabilidades de aplicação e o avaliador garante a fonte de renda se a avaliação for aprovada. |
| Incapacidade de acomodar o pluralismo de valores | A metodologia utilizada na maioria das avaliações é científica, ou seja, traz a concepção de que a ciência é isenta de valores. Contudo, vivemos em uma sociedade pautada no pluralismo de valores, fazendo seu reconhecimento ser necessário para uma maior eficácia da avaliação. Durante as três gerações, em nenhum momento é levado em conta a existência de valores. |
| Comprometimento exagerado com a investigação | Por conta do método científico, o positivismo é considerado como paradigma nesse contexto avaliativo. Com isso, as leis imutáveis vão compreender a realidade, descontextualizando o objeto e levando a tendência para resultados generalizados. |

Fonte: Guba e Lincoln, 2011.

Nas três primeiras gerações o método é, estritamente, quantitativo, ou seja, o que não pode ser mensurado não é real. A partir disso, pode-se observar que esse paradigma científico apoia-se na rigidez dos dados fornecidos durante o processo, contando com a isenção de valores e a aceitação imediata do fato por ser prova científica. O avaliador vive uma realidade isenta de responsabilidade moral por suas ações, visto que ninguém pode ser acusado de estar avaliando um fato tal qual como é visto. Nenhuma das três gerações aponta o avaliador como responsável pelo resultado vindo da avaliação, sendo, nessas gerações, a função do avaliador finalizada no momento da apresentação do relatório final (GUBA; LINCOLN, 2011).

Tanaka e Tamaki (2012) desconstruem essa visão do avaliador restrito e isento de responsabilidades a partir do momento que consideram que a construção do processo avaliativo deve privilegiar a todos que participam dele, ou seja, todos que serão afetados pelas ações desencadeadas pela avaliação devem se sentir participantes e interessados pelos resultados obtidos.

Entende-se também a concepção de que é necessária a contextualização do objeto, pois o conhecimento do contexto torna-se essencial para estabelecer o objetivo da avaliação, mas antes, é primordial o reconhecimento dos atores envolvidos, pois cada sujeito carrega

uma série de significados e experiências vividas na realidade em estudo, garantindo a pluralidade de valores. Nisso:

...O avaliador tem que conceber um processo avaliativo através da escolha de metodologias, indicadores e de parâmetros que contemple essa diversidade de aspectos e que direcione as decisões e as ações para propiciar o máximo de benefício à saúde da população. Uma tarefa que faz com que cada avaliação seja um caso particular que requer criatividade por parte do investigador/avaliador na formulação de melhor estratégia, na seleção da abordagem, na definição de níveis e atributos, bem como a seleção de critérios, indicadores e padrões (TANAKA; TAMAKI, 2012).

A avaliação não é um evento isolado, e sim um processo que integra avaliadores e avaliados, almejando o compromisso e o aperfeiçoamento dos indivíduos, grupos, programas e instituições. É importante destacar que soma aos elementos normativos a necessidade de considerar os elementos do contexto (WELLER, 2008).

Segundo Sá e Moysés (2009) os processos avaliativos fazem parte de uma ação reflexiva do homem a respeito de um determinado sujeito-objeto, sendo assim, uma oportunidade de aprendizagem capaz de induzir mudanças e consolidar práticas dentro de um determinado contexto de estudo.

Esses mesmos autores, referem ainda que:

“Processos avaliativos podem dar suporte à construção de melhores práticas em políticas públicas ou intervenções sociais, produzindo e sistematizando conhecimentos, respondendo às demandas por novos referenciais com alternativas conceituais e propostas de intervenções indutoras de mudanças [...]. Além disso, a avaliação pode fortalecer habilidades e capacidades para a tomada de decisão informada, oportunizada por reflexões e aprendizagens de indivíduos e grupos envolvidos.” (SÁ; MOYSÉS, 2009, p.29).

Nesse sentido, pode-se considerar que a prática avaliativa é um instrumento com dimensões políticas e sociais, visto que, por objetivo maior, a avaliação vai conceber, a partir de critérios específicos de análise, uma determinada ação a fim de trazer melhorias para os processos de aprendizagem e um maior estímulo para o desenvolvimento de pessoas e organizações que busquem esse método como construtor de novos parâmetros.

Outra característica importante é considerar a avaliação como uma construção que envolve os mais diferentes atores, e que rompe também como o modelo quantitativo e positivista predominantes. Seu método fundamenta-se na apropriação de estratégias de abordagem antropológica para aplicá-las na avaliação de programas e serviços (WELLER, 2008).

É fundamental contextualizar esse trabalho com a utilização de uma metodologia que estimula o envolvimento dos gestores, profissionais e trabalhadores locais na busca por

respostas a questões de interesse direto. É possível iniciar um processo de reconhecimento da necessidade, aproximação e apropriação da informação, sustentado por medidas simples de obtenção de dados, análise e reflexão, que tendem a potencializar a frágil situação da avaliação no processo de tomada de decisão (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Dentre os principais desafios e debates presentes no campo da avaliação em saúde, um dos primeiros a ser reconhecidos é que as ações e práticas de saúde têm natureza social e histórica, o que não pode e nem deve ser negligenciado por quem pretende avaliá-las. Sendo fato que o objeto da avaliação se modifica em função do tempo e do seu contexto, e também que a própria pesquisa transforma o objeto avaliado naquilo que faz parte da sua essência, tomado e problematizado no processo de avaliação. Outro desafio a ser considerado é a dimensão subjetiva da avaliação a despeito de um julgamento sobre uma dada intervenção, devendo-se ter em mente que qualquer juízo de valor está orientado por uma visão de mundo do sujeito da pesquisa (ARREAZA; MORAES, 2010).

Tanaka e Tamaki (2012) afirmam que a avaliação é fundamentalmente marcada por um julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou objeto que está sendo avaliado. Nesse sentido, o papel da avaliação vai ser de fornecer elementos que propiciem o aumento da eficiência (relação entre produtos e recursos), da eficácia (atingir os objetivos estabelecidos) e da efetividade (resolver problemas identificados) das atividades desenvolvidas pelo serviço ou pela organização avaliada.

A avaliação, especialmente de abordagem participativa, pode se constituir em instrumento de aprendizagem para atores locais, na medida em que enderece suas questões e aporte informações relevantes à tomada de decisão, permitindo ampliar o potencial de mudanças nas práticas municipais de trabalho e gestão (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Existem muitas definições de “participação” e classificações de “abordagens participativas”. Entretanto, um dos aspectos que parece comum a todas elas é a ênfase na parceria horizontal estabelecida entre especialistas em avaliação e interessados no objeto avaliado, visando à produção conjunta de um conhecimento avaliativo (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Outra característica que se faz importante elucidar e distinguir é o monitoramento da avaliação propriamente dita. Entende-se por *avaliação*, a realização de um conjunto de atividades técnico-científicas ou técnico-operacionais que buscam atribuir valor de eficiência, eficácia e efetividade a processos de intervenção em sua implantação, implementação e resultados. Entende-se por *monitoramento*, a observação e o registro regular das atividades previstas dentro de um projeto ou programa. Esse último se configura como um processo

rotineiro de acúmulo de informações sobre determinada proposta em todos os seus aspectos, por meio de observação sistemática e com propósitos definidos (MINAYO, 2014).

Existe uma lacuna no estudo de movimentos de avaliação realizados em nível local, que visem ao alcance de um nível mais profundo de compreensão da organização dos serviços, incluindo relações entre formatos assumidos e contextos determinados (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

Desta forma, idealiza-se o mesmo paradigma que Patton propôs em 1997 – definindo-o como *paradigm of choice* (Paradigma de escolha) – este sugere que se deve dispor de um amplo repertório de métodos e técnicas a serem utilizados na variedade dos problemas. Esse paradigma reconhece que diferentes métodos são apropriados para diversas situações e propósitos de avaliação.

Corroborando com esta linha de raciocínio, Guba & Lincoln (1989) teóricos da abordagem construtivista em avaliação, admitem que, embora o avaliador da quarta geração use prioritariamente os métodos qualitativos, “há momentos em que os métodos quantitativos – testes ou outros instrumentos de mensuração – são e devem ser utilizados”.

Há, conseqüentemente, um amplo consenso sobre a importância de adotar uma pluralidade metodológica para responder às diversas questões propostas pelos processos de avaliação e pelas necessidades dos diferentes atores envolvidos (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Em muitos casos, observa Patton (1997), a combinação dos dois métodos de pesquisa se revela estratégica, evidenciando uma inegável riqueza de análise dos problemas estudados, sobretudo quando eles elucidam aspectos complementares do mesmo fenômeno.

Leva-se em consideração que a pesquisa avaliativa deve ser pensada e efetuada para que seus resultados e recomendações sejam realmente aplicados no contexto que foi desenvolvida a pesquisa. Foi essa mesma constatação que levou Patton, em 1997, a escrever especificamente sobre o assunto, a *Utilization-Focused Evaluation* (Avaliação Focada na Utilização), foi à obra em que o autor afirma que “os resultados das avaliações deveriam ser julgados por sua utilidade” (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Para ser viável, uma avaliação deve ter condições de realização do ponto de vista financeiro, técnico e gerencial. Toda avaliação precisa de orçamento compatível com o nível de profundidade que seu propósito e o objeto estudado requer (MINAYO, 2014).

Patton (1997) também aconselha aos avaliadores a manterem uma estreita relação com os promotores e financiadores da avaliação para ajudá-los a identificar os pontos críticos do programa ou serviço e escolher o tipo de avaliação de que eles necessitam.

Do ponto de vista técnico, é preciso que a organização de uma avaliação leve em conta o desenvolvimento teórico já consolidado universalmente nessa área, para que todo o instrumental utilizado seja qualitativamente adequado aos objetivos propostos (MINAYO, 2014).

Considerando a necessidade do reconhecimento do pluralismo de valores, é imprescindível analisar o modelo de avaliação proposto por Guba & Lincoln (1989) em sua obra *Avaliação da Quarta Geração* (AQG), que visa valorizar as demandas, as preocupações e os assuntos postos pelos diversos atores e grupos de interesses. Para os autores, é a interação constante entre avaliador e implicados que cria o produto da avaliação mediante a adoção da abordagem hermenêutico-dialética (SERAPIONI; LOPES; SILVA, 2013).

Guba e Lincoln (1989) sugerem ainda que a AQG trata-se de um espaço democrático e dialético no que os sujeitos podem interagir e participar livremente no processo deliberativo, apresentando seus próprios pontos de vista e demandas. O avaliador participa, junto aos outros atores, na construção do consenso, desempenhando o difícil papel de mediador, que exige capacidades e habilidades de negociação entre todos os grupos e perspectivas de análise.

Em si mesma e para que tenha sucesso, a avaliação qualitativa precisa ser encarada como um processo que reconhece os vários atores institucionais ou que compõem uma política pública ou social – em seus diversos papéis e funções – como agentes de mudança ou conservadorismo atuando, portanto, num ambiente de aprendizagem. Gestores e técnicos que vislumbram o papel da avaliação como parte de seu planejamento e de sua programação cotidiana criam espaços permanentes de reflexão sobre a práxis. Isso lhes permite desconstruírem ideias pré-concebidas, alinhar conceitos, fazer correção de rumos, mudar prioridades, abrir mão de iniciativas que não se mostram frutíferas e até trocar seus líderes (MINAYO, 2014).

Limitações importantes advêm da falta de institucionalização do processo, que teve inserção organizacional limitada. Entretanto, a experiência mostra que dificilmente se parte de condições ideais: elas são construídas a partir de processos ascendentes (ALMEIDA; TANAKA, 2016).

O marco teórico deste estudo está embasado nos pressupostos da Avaliação Participativa de Guba e Lincoln (2011), o qual a define como avaliação baseada no paradigma construtivista, como negociação entre as partes interessadas - o pesquisador-avaliador aí situado e não apenas juiz. Apoio nos métodos qualitativos, oriundos das ciências sociais, além dos quantitativos, com foco na utilização dos resultados da avaliação na melhoria da

intervenção. Os outros autores da avaliação possibilitam ampliar a análise em relação à atenção primária.

5 MÉTODO

5.1 NATUREZA DO ESTUDO

Trata-se de um estudo avaliativo, de natureza qualitativa e quantitativa, com prevalência da primeira e aproximação da abordagem construtivista. Esse tipo de estudo corresponde ao julgamento das práticas sociais, principalmente das resultantes da ação social planejada, tais como políticas, programas e serviços de saúde (HARTZ; SILVA, 2008).

Na etapa qualitativa da pesquisa, para aprofundamento das informações, foram realizadas entrevistas em profundidade com questão norteadora e observação sistemática, com o objetivo de analisar as situações de saúde da população, demanda e oferta de serviços, processos de trabalho e produção do cuidado integral.

Na etapa quantitativa da pesquisa, para complementação aplicou-se o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) para os profissionais e usuários, a qual busca avaliação da Atenção Primária à Saúde com a utilização do marco conceitual de Starfield (2002).

5.2 CAMINHOS DA PESQUISA

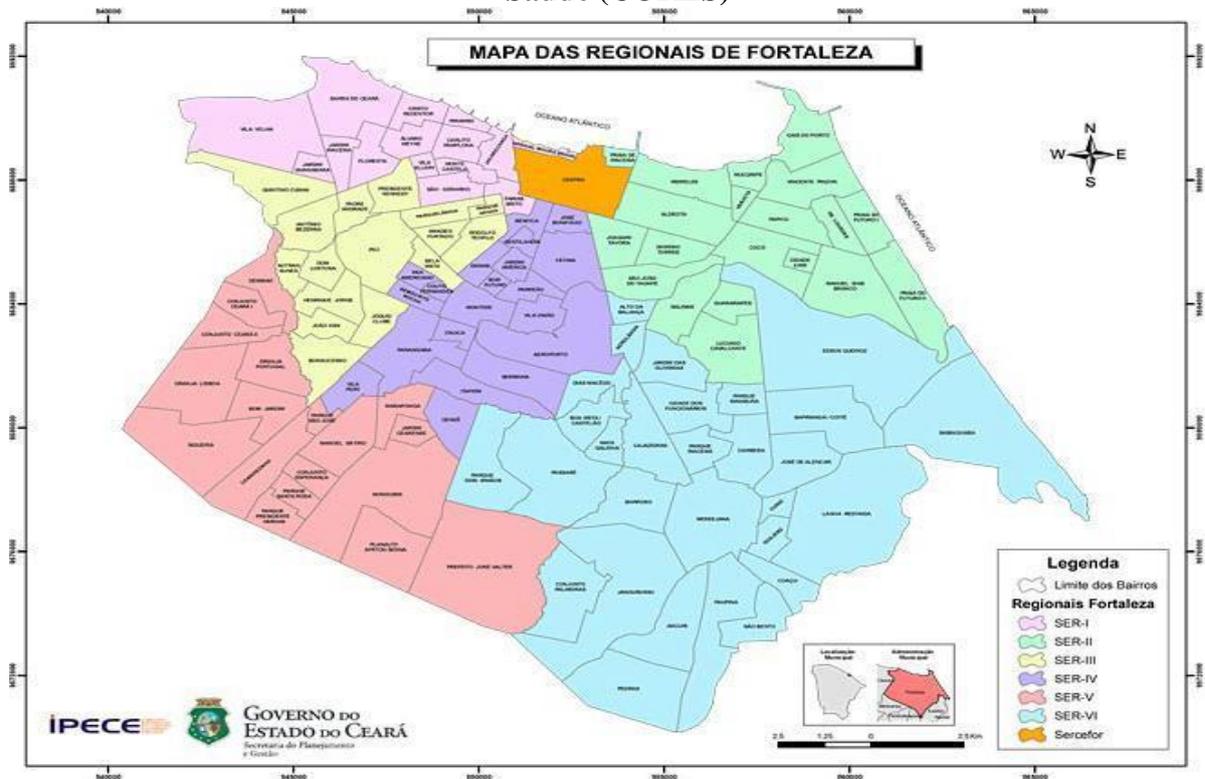
5.2.1 Campo Empírico

A pesquisa foi realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que por sua vez, ficam a cargo de responsabilidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) do município de Fortaleza - CE, este se encontrava dividido em seis Coordenadorias Regionais de Saúde e uma região denominada centro.

Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza é a cidade mais populosa do Ceará e a quinta mais populosa cidade do país, com população estimada de 2.447.409 habitantes, sendo a capital de maior densidade demográfica - 7.764,6 hab/km².

A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Fortaleza é o órgão da administração direta da Prefeitura de Fortaleza que gerencia a oferta de ações e serviços de saúde no âmbito do SUS. No modelo de descentralização da administração pública municipal em Fortaleza, a SMS se articula diretamente com as seis CORES por meio dos respectivos Distritos de Saúde (FORTALEZA, 2016).

Figura 1. Divisão administrativa da cidade de Fortaleza - Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES)



Fonte: <http://www2.ipece.ce.gov.br/atlas/capitulo1/11/140x.htm>

A Secretaria Municipal de Saúde administra uma rede própria de serviços de saúde e mantém convênio com uma rede de hospitais e clínicas públicas, particulares ou filantrópicas. A rede própria é formada por 110 postos de saúde, dois Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), duas Farmácias Populares, 14 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), oito hospitais secundários, um hospital terciário, outro de atenção secundária e terciária e o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU). A rede conveniada é composta por clínicas e hospitais públicos, privados e filantrópicos credenciados, que prestam serviços de consultas, exames e internações (FORTALEZA, 2016).

A porta de entrada dos serviços de saúde que devem ser preconizadas são as UAPS, que oferecem a atenção primária à população, tendo como referência a ESF. As UAPS abrigam equipes da ESF, que reúnem médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde, e deveriam contar com o suporte dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), formados por outros profissionais, como fisioterapeutas, educadores físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, assistentes sociais, etc.

Nas UAPS os profissionais poderão, a depender da necessidade dos usuários, encaminhá-los para consultas com especialista (CEO, NASF, Policlínica, CAPS e UPA), assim como para realização de exames especializados, que são oferecidos nos centros especializados da rede pública municipal como também nas clínicas credenciadas ao SUS (FORTALEZA, 2016).

Os atendimentos de emergência e os tratamentos para problemas de saúde mais complexos são oferecidos na rede hospitalar pública municipal ou conveniada. A atenção secundária na rede própria é feita pelos oito hospitais distritais, conhecidos como Frotinhas (três) e Gonzaguinhas (três), além do Centro de Atenção à Criança e do Hospital Nossa Senhora da Conceição. A atenção terciária municipal é realizada no Instituto Dr. José Frota (IJF). O Hospital Dra. Zilda Arns Neumann (Hospital da Mulher de Fortaleza) é de atenção secundária e terciária. A rede hospitalar municipal tem 956 leitos, sendo 553 nos hospitais secundários e 403 no hospital terciário – IJF (FORTALEZA, 2016).

Com isso, elencou-se como critérios de seleção das UAPS que fizeram parte da pesquisa:

1. Possuir equipe completa de trabalhadores de saúde (enfermeiro, médico, odontólogo, técnicos ou auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde);

Com base no consolidado das equipes do mês de agosto de 2016, existiam 59 UAPS com equipes completas. Os CAPS, neste município são divididos de acordo com as CORES do seu território, portanto, foi selecionado, através de sorteio simples, um CAPS GERAL da CORES IV, para a composição dessa amostra.

5.2.2 Participantes da Pesquisa

Na etapa quantitativa da pesquisa, foram convidados a participarem do estudo, os profissionais integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família, e os usuários do SUS.

No que se refere aos profissionais, considerou-se profissionais da saúde os trabalhadores com nível superior concluído e que atuam na ESF, possuindo vínculo regulamentado e com execução de tarefas no serviço. Destaque para médicos, enfermeiros e odontólogos. Para estes, foi utilizada a escala com versão direcionada aos profissionais de saúde e, também, ao coordenador/gerente do serviço de saúde (PCATool versão Profissionais).

Segundo dados disponibilizados pela prefeitura de Fortaleza, a população desses profissionais que atuam na ESF corresponde, atualmente, a 1.611 profissionais, sendo 690 médicos, 591 enfermeiros e 330 odontólogos.

O processo de amostragem dos profissionais de saúde para esta fase da pesquisa foi calculado levando-se em consideração a fórmula para o cálculo da população finita, com prevalência de 50% e erro amostral de 5%. Portanto, inicialmente a amostra foi estimada em 311 profissionais da saúde e distribuída proporcionalmente entre as categorias de acordo com a população.

Quanto aos usuários, entende-se que são as pessoas acolhidas pela ESF no funcionamento rotineiro da unidade, e que são cadastradas na equipe de saúde do território adscrito. A escala utilizada foi a Versão Adultos maiores de 18 anos (PCATool versão Adulto). O instrumento foi aplicado aos usuários que estavam presentes em sala de espera na ESF.

A amostra estimada de usuários foi de 300 participantes para a fase quantitativa. O cálculo do valor exato foi impossibilitado, pois a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza não disponibilizou o quantitativo de usuários atendidos por unidade, sendo orientado a solicitar o quantitativo desses atendimentos nas próprias unidades a serem pesquisadas. No entanto, estes dados também não foram disponibilizados pelos coordenadores das unidades, por referirem que o sistema estava em processo de transição e os dados serem incongruentes com a realidade no período de coleta de dados.

Não foi possível concluir a coleta de dados deste estudo com o quantitativo acima mencionado por diversos fatores, dentre eles destacam-se: 1) A demora na construção do aplicativo para a automatização do *PCAToll*; 2) O elevado número de recusas à participação da pesquisa pelos usuários (27) e, principalmente, pelos profissionais (64), grande parte destas recusas, foi alegado a falta de tempo para responder um instrumento tão grande; 3) Demanda de participantes muito alta para poucos pesquisadores disponíveis. Desta forma, no quadro a seguir, apresentam-se os resultados obtidos parcialmente até o momento de análise dos dados.

Quadro III. Participantes da Pesquisa: Etapa Quantitativa

| Grupo | Representação | Participantes | Nº Participantes calculado para amostra | Participantes da pesquisa |
|-------|---|--|---|---------------------------|
| I | Profissionais de Saúde (Nível Superior) | Médicos | 64 | 7 |
| | | Enfermeiros | 114 | 16 |
| | | Odontólogos | 133 | 10 |
| II | Usuários do SUS | Usuários que estão em atendimento na Atenção Primária a Saúde. | 150 | 107 |

FONTE: Elaborado pelo autor, 2017.

O cotidiano nos ambientes de cuidado é extremamente participativo, complexo e dinâmico, portanto, é importante apresentar o dia a dia das pessoas que estão inseridas nesse processo e as relações estabelecidas em cada área, considerando ainda que dentro do próprio território adscrito existem outras microáreas que apresentam características específicas.

Com isso, na etapa qualitativa, antes, durante e após a coleta de dados quantitativos, foram convidados alguns profissionais e trabalhadores de saúde da ESF e usuários do SUS para participarem de entrevistas em profundidade, a fim de embrenhar-se e iluminar possíveis lacunas do conhecimento. Sendo assim, acrescentou-se ainda os profissionais da enfermagem de nível médio (Auxiliares e Técnicos de Enfermagem). Foram incluídos, também, alguns profissionais e usuário do CAPS para a composição dessa amostra.

Iniciou-se a fase qualitativa, com entrevistas em profundidade com os profissionais da ESF (uma médica, duas enfermeiras e duas técnicas de enfermagem), em seguida, buscou-se na unidade usuário que apresentasse sua trajetória na busca de cuidados à saúde, descrevendo todo o seu percurso na RAS. Selecionando então, uma usuária que estava em busca de atendimento na ESF. No CAPS, realizou-se as entrevistas com os profissionais presentes no estabelecimento (duas enfermeiras). Neste local, foi solicitado aos profissionais a indicação de algum usuário do serviço que pudesse nos contar um pouco do seu processo de adoecimento e cuidado, sendo o entrevistado em seguida.

Quadro IV. Participantes da Pesquisa: Etapa Qualitativa

| Grupo | Representação | Participantes | Nº de Participantes |
|-------|---|--|---------------------|
| I | Profissionais da Saúde na ESF (Nível Superior) | Médicos | 1 |
| | | Enfermeiros | 2 |
| II | Trabalhadores da Saúde na ESF (Nível Médio) | Auxiliar ou Técnico de Enfermagem | 2 |
| III | Usuário do SUS na ESF | Usuário que está em atendimento na Atenção Primária a Saúde. | 1 |
| IV | Profissionais da Saúde no CAPS (Nível Superior) | Enfermeiros | 2 |
| V | Usuário do SUS no CAPS | Usuário que está em atendimento no Centro de Atenção Psicossocial. | 1 |

FONTE: Elaborado pelo autor, 2017.

Quanto à seleção dos participantes, foram adotados os seguintes critérios de seleção:

- ⇒ Profissionais e trabalhadores que estivessem atuando na ESF/CAPS onde trabalham há no mínimo dois anos.
- ⇒ Usuários e acompanhantes que estivessem cadastrados na ESF/CAPS onde são atendidos há no mínimo dois anos.

Optou-se por adotar este tempo de dois anos por acreditar que durante este período os participantes puderam vivenciar diversas experiências na ESF/CAPS e assim relatar com detalhes e precisão as experiências vividas, os sentimentos despertados e as necessidades sentidas.

Foram excluídos os profissionais e trabalhadores de saúde que estavam de férias ou afastados no período das coletas de dados e os usuários do SUS que estavam presentes na UAPS, porém não possuíam cadastro na ESF/CAPS.

Quadro V. Critérios de Inclusão dos Participantes

| Grupo | Representação | Critérios de Inclusão |
|-------|------------------------|--|
| I | Profissionais da Saúde | Atuação na ESF/CAPS há no mínimo dois anos. |
| II | Trabalhadores da Saúde | Atuação na ESF/CAPS há no mínimo dois anos. |
| III | Usuários do SUS | Usuários cadastrados na ESF/CAPS onde são atendidos há no mínimo um ano. |

FONTE: Elaborado pelo autor, 2017.

Faz-se importante destacar que a participação nesta pesquisa foi estritamente voluntária, não sendo disponibilizado qualquer tipo de benefício financeiro por sua participação. A seleção ocorreu aleatoriamente, por meio de sorteio simples e a própria demonstração de interesse em participação na pesquisa pelos sujeitos, desde que atendessem aos critérios de seleção. Abria-se oportunidade para qualquer usuário que manifestasse interesse em participar da pesquisa. Caso esses últimos não entrassem nos critérios de seleção, eram escutados, e somente nos momentos de análises esses dados eram descartados.

5.2.3 Instrumentos e Técnicas

Para o alcance dos insumos necessários à investigação, foram utilizadas as seguintes técnicas: o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*), a entrevista em profundidade e a observação participante.

Quanto ao questionário, refere-se ao Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (*PCATool – Primary Care Assessment Tool*) que apresenta originalmente versões autoaplicáveis destinadas a crianças (*PCATool* versão Criança), a adultos maiores de 18 anos (*PCATool* versão Adulto)(ANEXO A), a profissionais de saúde e, também, ao coordenador / gerente do serviço de saúde (*PCTTool* versão Profissionais)(ANEXO B). Criado por Starfield & cols. na *Johns Hopkins Primary Care Policy Center (PCPC)*, o *PCATool* mede a presença e a extensão dos quatro atributos essenciais e dos três atributos derivados da APS (STARFIELD *et al.*, 2000; STARFIELD, XU e SHI, 2001)

O *PCATool* foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde proposto por Donabedian (1966). Este modelo de avaliação baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde. No mesmo sentido,

Campbell (2000) descreve o processo de atenção como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde.

Starfield (2010) afirma que devido à ausência de ferramentas para medir essas interações no contexto da APS em nosso país, o *PCATool* preenche a devida lacuna, promovendo medida de base individual sobre a estrutura e, principalmente, o processo de atenção na APS. Cada atributo essencial, identificado no instrumento *PCATool-Brasil*, é formado por um componente relacionado à estrutura e outro ao processo de atenção.

A utilização da escala consistirá na aplicação de dois questionários que se encontram em anexo, um destinado aos adultos usuários dos serviços de saúde e outro aos profissionais dos serviços de saúde. A versão validada do *PCATool* Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes relacionados aos atributos da APS. E a versão para profissionais é composta por 77 itens divididos em 8 componentes também relacionados aos atributos da APS. A versão para profissionais foi criada em espelho da versão *PCATool* Adulto, com acréscimo de itens do atributo Integralidade da versão para Crianças.

No que se refere às entrevistas (APÊNDICES A e B), Minayo (2014) afirma ser uma técnica que busca abordar questões subjetivas e objetivas e possibilita a obtenção de informações a partir das falas dos entrevistados. A neutralidade na relação empreendida no processo de aplicação da entrevista é limitada pelo fato dos sujeitos (pesquisador-entrevistado) estarem inseridos em um mesmo contexto e, portanto, vivenciam também o espaço onde está focalizada a investigação.

A maior vantagem da entrevista é permitir ao respondente mover-se no tempo para reconstruir o passado, interpretar o presente e prever o futuro. Através deste procedimento, podem-se obter dados objetivos e subjetivos e, em geral, as entrevistas podem ser caracterizadas pelo seu “grau de estrutura”, de informação e pela qualidade do relacionamento entre o entrevistador e o entrevistado. Possibilita que o entrevistador esteja aberto à emergência de apontamentos diferentes durante os discursos dos sujeitos entrevistados (GUBA; LINCOLN, 2011).

Destaca-se ainda que, em pesquisas qualitativas, a Observação Participante (APÊNDICE C) é parte essencial do trabalho de campo, uma vez que é tratada como forma complementar de compreensão da realidade empírica. Em qualquer nível de profundidade, a observação participante utiliza o *diário de campo*, instrumento que o investigador registra o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade de entrevista (MINAYO, 2014). Esta técnica foi realizada durante todas as etapas da coleta de dados.

5.2.4 Construção do Aplicativo - Automatização do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*PCATool*).

O Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde (*PCATool*) é um instrumento que, apesar de já consolidado e validado, trata-se de um instrumento longo, que o seu uso também pode apresentar-se como cansativo e oneroso para sua aplicação pela quantidade de itens e, conseqüentemente, pela quantidade de cópias necessárias para sua aplicação.

Por isso, apresenta-se nos tópicos a seguir o processo de tentativas de automatização do *PCATool*:

⇒ Levantamento dos requisitos

Inicialmente foi apresentado o problema inerente à apresentação, manuseio e utilização do *PCATool* a equipe de informática do Curso de Computação da UECE. Na qual, foi identificado que este problema estava relacionado a três aspectos principais: necessidade de redução do tempo na realização dos cálculos, gasto excessivo com a impressão de questionários e o tempo exorbitante necessário para realizar a coleta dos dados.

A partir dos problemas apresentados, realizou-se reuniões e discussões sobre o instrumento com a equipe, a fim de encontrar alguma forma de suprir a necessidade de obter um modelo de aplicativo que otimizasse a realização das entrevistas com o *PCATool*.

⇒ Análise de requisitos

Nesta etapa, realizou-se a análise dos dados levantados anteriormente conforme as necessidades apresentadas. Desta análise traçou-se uma estratégia para solucionar a problemática envolvendo o *PCATool*, considerando: Desenvolvimento de um aplicativo que automatiza todo o processo do instrumento *PCATool*; Cadastrar questionários eletrônicos; Exposição de telas com dados coletados; Implementação e persistência de dados e resultados obtidos com os cálculos.

⇒ Construção do Aplicativo

A construção do aplicativo foi estruturada de forma que os resultados das respostas fossem armazenados no aplicativo na coleta dos dados inserido no *tablet*. As funções do aplicativo em seu desenvolvimento tornaram-se necessárias para elucidação dos atributos da atenção primária. Na etapa de construção do aplicativo foi realizada a cálculo da média aritmética para posterior análise dos dados. Utilizou-se a plataforma *Android* para executar a aplicação e o *Android Studio* como ambiente de desenvolvimento, sendo em uma linguagem de programação *Java* para implementação do código fonte. Na especificação de requisitos fez-se um estudo detalhado de como implementar cada requisito, tanto funcional, como não funcional, e por fim compreendeu-se toda descrição dos dados envolvidos para implementação do sistema.

Na execução das funções do aplicativo projetou-se: a arquitetura dos módulos envolvidos, a interface do usuário, a utilização dos componentes (recursos envolvidos) e a modelagem do banco de dados. Na etapa final da elaboração do aplicativo, obteve-se as especificações da arquitetura, do banco de dados, da interface e dos componentes. A partir destas saídas específicas de cada módulo foi possível começar a implementação propriamente dita com os desenvolvedores.

⇒ Implementação

Nessa etapa de implementação o sistema foi codificado a partir da descrição computacional, como segue:

- Identificação do entrevistador: Utilizou-se esta funcionalidade a fim de obter o nome do entrevistador para ser utilizado como complemento no nome do arquivo de questionário a ser exportado.
- Realização da entrevista: Esta funcionalidade permite a realização da entrevista referente ao tipo do instrumento, seja “VERSÃO ADULTO” ou “VERSÃO PROFISSIONAL”. Permite a identificação do nome, sexo e idade do entrevistado e identificação da regional. Dentro desta funcionalidade é realizado automaticamente o cálculo dos escores de cada componente do questionário. Além disso, permite a identificação automática do profissional ou serviço de saúde.
- Cálculo dos escores: Esta funcionalidade faz três tipos de cálculos: a média dos componentes, média do escore essencial e média do escore geral.

- Exportar: Esta funcionalidade tem como objetivo propiciar aos entrevistadores realizar a exportação de todos os questionários cadastrados em um arquivo no formato XML.
- Importar: Esta funcionalidade permite aos entrevistadores autorizados realizar a importação dos questionários exportados por outros entrevistadores.
- Visualizar questionários: esta funcionalidade permite aos entrevistadores visualizar todos os questionários cadastrados no aplicativo.

Em seguida as atividades de testes foram executadas a fim de validar internamente o sistema/aplicação. Cada funcionalidade de cada módulo foi testada, levando em consideração a especificação feita na fase de projeto. Realizaram-se vários testes através de simulações com alguns membros da equipe do laboratório de informática e integrantes do PPSAC, cadastrando novas entrevistas com usuários, utilizando-se dados possíveis de serem testados. Após as simulações de aplicação do instrumento, novos testes eram realizados a fim de comprovar os resultados dos cálculos disponibilizados pelo aplicativo.

Por fim, realizou-se a etapa de instalação do software no ambiente (Tablets) cedido pelo Grupo de Pesquisa Saúde Mental, Família, Práticas de Saúde e Enfermagem (GRUPSFE), e conferido a perfeita execução dos mesmos para se dar início a pesquisa em campo.

5.2.5 Plano de Análise e Interpretação das Informações

O plano de análise consistiu de duas fases.

Na primeira fase foi feita uma análise estatística dos dados fornecidos por meio da aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária (Versão Adulto e Profissional). As respostas possíveis para cada um dos itens são: “com certeza sim” (valor=4), “provavelmente sim” (valor=3), “provavelmente não” (valor=2), “com certeza não” (valor=1) e “não sei/não lembro” (valor=9). Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes foram calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõem cada atributo ou seu componente.

Para transformar os escores em escala de 0 a 10 foi utilizada a seguinte fórmula:

$$\frac{(\text{Escore obtido} - 1) \times 10}{3}$$

3

O escore essencial foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais (mais Grau de Afiliação) dividido pelo número de componentes.

Exemplo: (Soma dos Componentes dos Atributos Essenciais + Grau de Afiliação)/número de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) / 8$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) / 8$

O escore geral foi medido pela soma do escore médio dos componentes que pertencem aos atributos essenciais mais componentes que pertencem aos atributos derivados mais Grau de Afiliação dividido pelo número total de componentes.

Exemplo: (Componentes dos Atributos Essenciais + Componentes dos Atributos Derivados + Grau de Afiliação) / número total de componentes.

Sexo Feminino: $(A + B + C + D + E + F + G + HF) + (I + J) / 10$

Sexo Masculino: $(A + B + C + D + E + F + G + HM) + (I + J) / 10$

Após este momento os dados colhidos com o PCATool foram armazenados em planilha eletrônica do sistema Excel® e analisados com base na estatística descritiva. A apresentação dos dados analisados foi em formas de tabelas e buscando articular os dados quantitativos e qualitativos.

Na segunda fase, referente à análise das entrevistas em profundidade, aplicou-se a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação.

Na busca por tratar mais sistematicamente o material qualitativo, escolheu-se utilizar o software QRS (Qualitative Solutions Research) NVivo® versão 10.0, descrito como NVivo¹⁰. Entre as principais estruturas deste *software* estão os Nós, que podem ser caracterizadas como uma estrutura para armazenamento de informações codificadas e pode assumir significados diferentes, dependendo da abordagem metodológica utilizada na pesquisa. Se essas categorias tiverem subcategorias, então será utilizada uma estrutura de árvore de nós (LAGE, 2011).

Alguns autores consideram que o NVivo¹⁰ é um dos softwares mais utilizados no ambiente acadêmico brasileiro, tendo sido adotado por centros de pesquisa da maioria das grandes universidades, como a Unicamp, a USP, a UFRGS, entre outras. No entanto, ainda é baixo o número de pesquisas qualitativas que usam algum tipo de software de apoio (LAGE, 2011).

Destaca-se, no entanto que, para a realização da análise de material qualitativo, é improvável que algum *software* computacional consiga ser sensível o suficiente para

identificar características não ditas em falas dos sujeitos da pesquisa. Sendo assim, o software aqui utilizado teve a função unicamente de facilitar sua análise por meio da organização do material empírico.

A primeira fase de análise, a pré-análise, consistiu na organização propriamente dita, momento em que se organizou o material, escolheu-se as entrevistas a serem analisados, formulou-se hipóteses e/ou questões norteadoras. As entrevistas foram transcritas integralmente e sua reunião constituiu o “corpus” da pesquisa. Em seguida, procedeu-se a preparação do material, a qual se fez pela "edição" das entrevistas transcritas. Naturalmente, estes procedimentos dependem dos interesses do pesquisador e dos objetivos que o levam a realizar a pesquisa (BARDIN, 2010).

A fase de Exploração do material foi à etapa seguinte, considerada também a mais longa e cansativa. É o momento da codificação, em que os dados brutos foram transformados de forma organizada e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição das características pertinentes do conteúdo (BARDIN, 2010).

A codificação compreendeu a escolha das Unidades de Registro (UR), a seleção de regras de contagem e a escolha de categorias. UR é a unidade de significação codificada, a qual caracteriza-se como tema, palavra ou frase. A frequência com que apareceu uma UR denotou importância desta. Já a Unidade de Contexto (UC) refere-se ao parágrafo, que serviu de unidade de compreensão para a codificação da UR e corresponde ao segmento da mensagem cujas dimensões (superiores às da unidade de registro) são ótimas para que se possa compreender a significação exata da unidade de registro.

A etapa seguinte consistiu a categorização. Entende-se que as categorias são rubricas ou classes que reúnem um grupo de elementos (unidades de registro) em razão de características comuns. Na atividade de agrupar elementos comuns, estabelecendo categorias, seguem-se duas etapas: inventário (isolam-se os elementos comuns) e classificação (repartem-se os elementos e impõem-se certa organização à mensagem).

No NVivo¹⁰, sempre que um fragmento de texto é codificado, uma referência a esse fragmento fica armazenada em um ou mais nós, a critério do pesquisador e conforme o referencial teórico adotado para a análise de conteúdo. Os nós podem representar categorias de análise previamente definidas ou criadas durante o processo de análise (LAGE, 2011). Nesta pesquisa, foram criadas 3 categorias preliminares, que foram implementadas a partir do *Tree Nodes*. Foram criados 12 nós referente intercessão dos assuntos abordados pelos sujeitos da pesquisa.

Por último, iniciou-se o Tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Nesse momento, ao se descobrir um tema nos dados, foi preciso comparar enunciados e ações entre si, para ver se existe um conceito que os unifique; quando se encontram temas diferentes, é necessário achar semelhanças que possa haver entre eles.

A seguir, com a Figura – 2 buscou-se ilustrar a ordem das etapas que foram seguidas na análise qualitativa do material empírico.

Figura 2- Fase de análise qualitativa do material empírico.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

De forma que ficasse interessante a visualização e apresentação dos resultados encontrados na pesquisa, utilizou-se de mapas conceituais e/ou modelos de informações. Esses modelos foram gerados automaticamente pelo NVivo¹⁰, a partir dos dados codificados e dos relacionamentos criados entre eles e/ou desenhados pelo pesquisador; ou, ainda, a partir de um misto de ambos (LAGE, 2011).

Na análise e tratamento do material empírico buscou-se ultrapassar a incerteza, o enriquecimento da leitura e a interrogação de descobertas, levando em consideração diferentes dimensões de análises, articulando o empírico com o teórico no entrecruzamento de comunicações, na observação de condutas, nas concepções, ideias e valores, e na ação particular, coletiva e social (ASSIS; JORGE, 2010).

Para a completa interpretação dos dados, foi preciso voltar aos referenciais teóricos pertinentes à investigação, pois deram o embasamento e as perspectivas significantes para o estudo. Desse modo, os resultados obtidos foram discutidos com base nos referenciais teóricos mencionados acima e respaldados no marco teórico de Guba e Lincoln, 2011.

5.2.6- Aspectos éticos e legais

O projeto de pesquisa intitulado: AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: processos de trabalho e suas ferramentas na produção do cuidado integral, submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará/UECE, foi aprovado pelo parecer de nº 1.978.567, CAAE: 64968017.0.0000.5534 e encaminhado as Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza.

A participação na pesquisa só iniciou mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionado a usuários (APÊNDICE E) e trabalhadores (APÊNDICE F) elaborado em duas vias, assinado pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável. Em ambas as vias constam o contato telefônico do responsável pela pesquisa e do CEP local.

A pesquisa respeita a condição humana e cumpre todos os requisitos de autonomia, não-maleficência, justiça e equidade, dentre as outras exigências explícitas na resolução 466/2012 do Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b).

Segundo a referida resolução: A eticidade da pesquisa implica em: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012b, p.3).

É assegurado que as informações coletadas somente serão utilizadas para os fins dessa pesquisa. Cabe ressaltar que os resultados obtidos serão devolvidos aos entrevistados através de relatórios enviados as Coordenadorias Regionais de Saúde de Fortaleza.

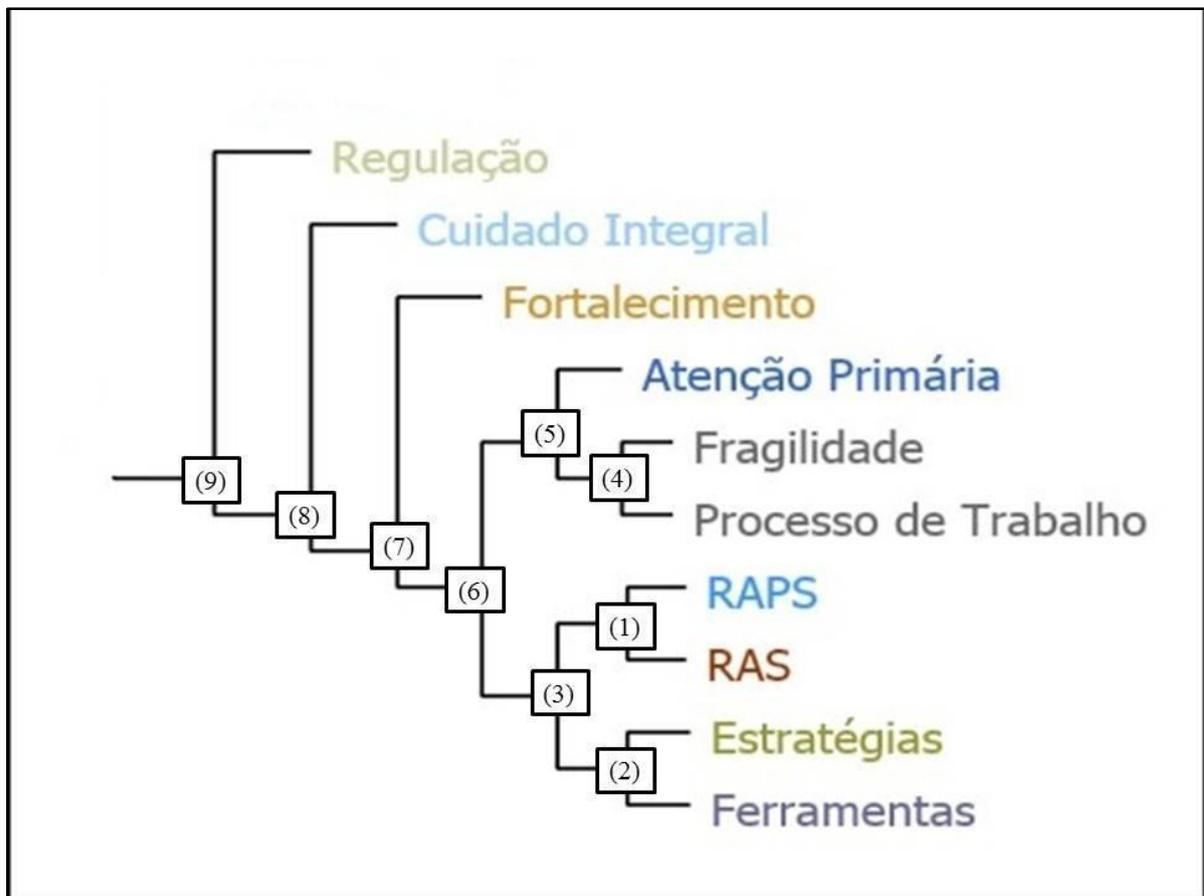
6 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados constituem-se de temáticas, as quais foram elaboradas com análise das falas dos participantes da pesquisa e dos dados quantitativos, levando em consideração o panorama geral do material empírico. Essa visão geral e panorâmica dos dados coletados foi realizada utilizando os recursos do *software* NVivo¹⁰ a partir do agrupamento de todas as codificações características de cada tema de análise, no caso, Rede de Atenção à Saúde e a Estratégia Saúde da Família; Processos de Trabalho e Produção do Cuidado integral na APS. Com isso, foram obtidos 368 unidades de registros (UR) relativos à completa categorização do corpus analisado.

Dentre os recursos do *software* NVivo¹⁰, utilizou-se da “análise de agrupamento” que gera um “diagrama de árvore” (Dendograma) tornando fácil a visualização de semelhanças e diferenças nos conteúdos categorizados, e a consulta de pesquisa de texto que gera uma imagem de árvore de palavras, com galhos representando os diferentes contextos em que ocorre essa frase. Todas as imagens geradas por esses recursos são interativas, permitindo ao pesquisador trabalhar de forma autônoma na visualização dos dados (SANTANA, 2014). Também foi utilizado a consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação entre os temas, que nos dá uma ilustração das palavras mais citadas no corpus da pesquisa.

Utilizando-se do NVivo¹⁰ para a análise por agrupamento, foi gerado um diagrama de árvore (Figura 6.1). Neste diagrama, as codificações que mais se assemelham se agrupam num mesmo ramo e as codificações menos semelhantes, agrupam-se em ramos mais distantes um do outro. Esse recurso permite identificar as semelhanças de codificação entre os temas e subtemas de análise.

Figura 3. Diagrama de árvore por agrupamento por similaridade de codificação entre os temas.



Fonte: NVivo¹⁰, adaptado pelo autor.

Identifica-se, portanto, na Figura 6.1, que existem conceitos que se assemelham nas codificações dos temas emergidos e aos poucos estes vão se distanciando para um contexto mais amplo, como por exemplo, quando se observa: (1) a Rede de Atenção à Saúde e sua semelhança com a Rede de Atenção Psicossocial; (2) as similaridades que existem entre as estratégias e ferramentas para a construção do cuidado integral; (3) a relação que há entre as estratégias e ferramentas existentes na estabilização das redes de atenção à saúde; (4) a implicação de fragilidades influenciando o processo de trabalho e as consequências para a (5) atenção primária e etc.

Utilizando-se de outro recurso do *software* NVivo¹⁰, a consulta de frequência de palavras permite evidenciar o conjunto de palavras que mais surgem no texto e que apresentam relação direta com o assunto abordado. Na Figura 6.2 ilustra-se uma consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação entre os temas de todo o corpus da pesquisa. Considerando-a desta forma como o conjunto de palavras que representam o corpus da pesquisa, enfatizando palavras como: Paciente(s); Saúde; Médico; Unidade; Atenção,

Atendimento e etc. E outras que vão caracterizar as categorias que serão discutidas mais aprofundadamente a seguir, como: Demanda; Equipe; Profissional(is); CAPS; Consulta; Agenda e etc.

Figura 4. Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação entre todos os temas.



Fonte: NVivo, adaptado pelo autor, 2017.

No tocante ao *software* NVivo¹⁰, faz-se importante destacar que, na prática, tem sido possível observar pesquisadores pressionados pelo prazo para terminar suas pesquisas qualitativas e que tentam apoiar-se em alguma ferramenta para diminuir a duração do processo de análise. Essa tentativa pode ser frustrante, pois existe a necessidade de aprender a trabalhar com as inúmeras funcionalidades do *software* e entender como e para qual finalidade devem ser utilizadas, além de decidir qual o melhor caminho a seguir para trabalhar com os dados coletados. É necessário investir tempo em sua aprendizagem, por mais amigável e intuitiva que seja a ferramenta. A decisão para uso de algum tipo de *software* de apoio deve ser tomada em tempo de elaboração de projeto. Isso permite que os passos definidos para a coleta e a análise dos dados considerem as facilidades oferecidas pela ferramenta, levando a um cronograma mais realista (LAGE, 2011).

Essa conjuntura, no entanto, se mostra contraditória e não condiz com o processo histórico/político e as conquistas que a população, em busca de um sistema de saúde mais integral, vinham conquistando nos últimos 40 anos, desde quando foram iniciados os encontros providenciais na idealização do SUS, reforma sanitária e psiquiátrica, na década de oitenta.

O Brasil vive o impasse da consolidação de políticas sociais de fomento da cidadania ou à volta ao caráter residual das políticas assistenciais. Depois de mais de 25 anos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), debatemos sobre o que fazer para lograr o sonho do direito à saúde, de todos e para todos (CAMPOS *et al.*, 2016).

Enfatiza-se que nos últimos dez anos, vários acontecimentos importantes foram desencadeados na formulação de políticas mais equânimes e resolutivas, como exemplo, em 2006 foi lançada a portaria nº 648/GM de 28 de março, que se caracterizava, aquela época, como uma nova PNAB, seria um ensaio a efetividade, construída através de discussões para alcançar e se fundamentar nos eixos transversais da universalidade, integralidade e equidade, considerando um contexto de descentralização e controle social da gestão, princípios assistenciais e organizativos do SUS. Essa nova política apontava para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da ESF (BRASIL, 2006b).

Contrastando com este cenário de fortalecimento do SUS, se observa um retrocesso na construção e implementação das políticas públicas de saúde, sendo isto fortalecido pelas novas alterações propostas pelo próprio Ministério da Saúde, ao contrário do que se esperava com as lutas e conquistas populares. A assistência voltada ao formato da atenção básica vem perdendo força paulatinamente, ao que se vê na portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017, que aprova, mais uma vez, uma nova PNAB, estabelecendo revisão de diretrizes para a organização da APS (BRASIL, 2017).

Esse contraste de ideias enfraquece todo o modelo de assistência à saúde pela inconstância das suas ações, prerrogativas e normas técnicas que os trabalhadores, profissionais e usuários precisam adequar-se. É preciso salientar que mudanças demandam tempo e preparo da população, não acontecem de um dia para o outro, e que provavelmente podem gerar insatisfação da população envolvida.

A insatisfação com os usuários dos serviços de saúde e dos próprios profissionais que prestam esses mesmos serviços é bem evidente no ambiente das UAPS e CAPS, inclusive as próprias relações interpessoais são afetadas. Os profissionais falam e demonstram

claramente sua insatisfação sobre o desmonte da APS, fragilidade da rede e as consequências que causam a população.

Além deste apanhado geral sobre o que acontece com o sistema de saúde no Brasil, enfatiza-se o cenário da cidade de Fortaleza – CE, onde a situação torna-se ainda mais complexa. Os participantes da pesquisa relatam que a atual gestão propôs uma adaptação do modelo de atenção à saúde, baseado em uma assessoria de saúde, porém estes mesmos participantes afirmam que houve uma deturpação das ideias, perdendo características essenciais da ESF.

Evidencia-se ainda que no Plano Plurianual (PPA – 2014/2017) a atual gestão propõe um modelo de atenção e compromete-se a estruturar, implementar e gerir a Política Municipal de Saúde, a partir das Redes de Atenção à Saúde (Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2012). Além desses compromissos, propõem a ampliação de 238 equipes da ESF para 300 equipes e pactuam a construção de 25 e reforma/ampliação de 60 UAPS (FORTALEZA, 2013). No entanto, este número ainda está muito aquém do proposto.

Essa concepção é confirmada pelas falas dos participantes a seguir:

Hoje a gente vê uma inversão completa do sistema de atendimento, na maioria das vezes, os pacientes não estão sendo acompanhados como deveriam. Eles só procuram a unidade agora quando estão com a receita que não está mais válida, para renovar, e vem através do acolhimento porque é mais rápido. (E1)

Você meio que desestruturou um pouco a estratégia, a gente tenta fazer das tripas coração para o negócio dar certo, mas é um desafio... Isso não é ESF, isso não é medicina de saúde da família, não é medicina de família e comunidade, não foi pra isso que eu estudei. (E3)

Evidencia-se em alguns municípios que um conjunto de ações assistenciais e gerenciais tem sido desenvolvido para ampliar o acesso e a oferta de serviços e fortalecer a APS na função de porta de entrada preferencial do sistema municipal de saúde. Desta forma, a principal estratégia para organização da porta de entrada nas UAPS é o acolhimento, que busca articular o atendimento à demanda espontânea e às ações programadas. Em cada município, essa prática apresenta peculiaridades, considerando o grau de envolvimento, organização e recursos disponíveis às equipes (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

No entanto, no que se refere à prática do acolhimento, há uma distorção do real significado e sentido desta prática. Hoje, o conceito de acolhimento foi reduzido e é realizado como uma simples triagem e seleção dos usuários que chegam às UAPS apresentando alguma necessidade de cuidado e saúde.

O acolhimento que foi imposto pra gente é aquele que tem que ter um médico e uma enfermeira específicos para o acolhimento e ele deixa de fazer toda a atividade dele, e é toda demanda que chega, de todo jeito, e ele fica doido, atendendo paciente que não é da área dele. (E3)

Não tem um limite e aí ele vai ter que avaliar se essas dez ou essas cem pessoas são agudas ou não são, quando é que elas vão pro médico, se vão, senão vão agora, se vão ser agendadas, dentro dessa realidade que ele não consegue resolver a situação. (E1)

Constata-se que os profissionais possuem uma agenda de trabalho estabelecida, essa agenda é dividida de acordo com os tipos de demandas, sejam elas demandas que são possíveis de serem programadas, por ele e pelo usuário, e demandas espontâneas, que não são passíveis de programação. Os profissionais tentam esclarecer as diferenças entre ambos, mas o que se percebe é a completa priorização das demandas espontâneas em detrimento das demandas que podem ser programadas, conseqüentemente, as preconizadas pelos programas da APS.

A gente tem agenda dividida, agenda de demanda programada e agenda de demanda espontânea. Na agenda programada a gente dá ênfase ao atendimento de gestante, puericultura, prevenção, planejamento familiar, hipertensão, diabetes... E na agenda de demanda espontânea a gente atende a demandas agudas, mas infelizmente não é só isso, a gente acaba atendendo também os pacientes que eram para estar na demanda agendada, mas pela facilidade do acesso da demanda espontânea acaba vindo pela demanda espontânea. (E1)

Acho que é uma boa proposta, essa da demanda espontânea, realmente necessita pra unidade, mas eu acho que a forma de executar é que está assim um pouco perdida, isso tá influenciando os programas da atenção básica, está se perdendo um pouco, porque à medida que o paciente vem, que não consegue aquela consulta programada, ele quer tentar vir pela emergência, conseguir aquele encaminhamento, conseguir fazer um checkup, coisas que não são de emergência, que ele poderia aguardar. (E2)

Observa-se nas práticas profissionais, que os ambientes de trabalho e atendimento nas UAPS, que o início dos turnos são sempre mais conturbados, principalmente quando se refere à ala da demanda espontânea. Com a mudança deste tipo de atendimento as unidades estão sempre com filas de espera, mesmo com acolhimentos rápidos e imediatistas, com uma abordagem individualista e sobre condições agudizadas, sem conseguir estabelecer o vínculo e muito menos conseguir começar a estruturar um cuidado integral do indivíduo em adoecimento.

Assim, percebe-se que os acordos que a própria gestão firma como algo que deve ser oficial, promovem a desestruturação dos fluxos dos serviços e ainda reduzem a importância e relevância que tem o cuidado integral. Como exemplo, cita-se a falta de profissionais, ao invés de criar mecanismos de contratação de novos recursos humanos com o

objetivo de resolver o problema definitivamente, faz-se ações pontuais e emergenciais formalizando-as em reuniões, sem efetivamente da resolubilidade as questões envolvidas.

Esse encaminhamento pra unidade básica de saúde já foi um acordo que a prefeitura fez entre as unidades pela falta de médico. Lá já tá superlotado. Então, imagina esses pacientes que tão indo daqui [CAPS] pra lá [ESF] também. (E8)

Evidencia-se preocupação e insatisfação dos trabalhadores e profissionais com as prioridades que a gestão estabeleceu e, conseqüentemente, com a forma que estas prioridades foram impostas nos ambientes de trabalho.

[...]quando você tem uma gestão que prioriza mais a ESF é ótimo, quando você tem uma gestão que prioriza mais o atendimento ambulatorial, de urgência/emergência, aí você tem dificuldade na ESF[...] (E2)

Essa gestão agora ela colocou como prioridade, o atendimento da demanda espontânea, não que a demanda espontânea não seja uma coisa importante, você tem que dar conta da demanda espontânea, você tem que fazer o acolhimento, isso é uma coisa muito importante, só que você não pode querer que a demanda espontânea fique só ela sendo importante e os outros programas a atenção integral ao paciente você não conseguir fazer. Então tem que dar conta também das consultas ambulatoriais, dos hipertensos, dos diabéticos, das gestantes[...] (E3)

Além desses aspectos, apreende-se pelas falas que as equipes de ESF estão extremamente sobrecarregadas, populações muito superiores às previstas pelo próprio Ministério da Saúde, no entanto não se percebe empenho da gestão em nível macro em suprir essa necessidade. Ainda existem muitas equipes incompletas e áreas descobertas pelos profissionais e trabalhadores.

[...]em cada equipe dessa, nós temos mais de cinco/seis mil pessoas... o certo seria que você tivesse no máximo 700 famílias numa equipe dessas e a gente tem bem mais que isso. Eu tenho quase cinco mil pessoas, e se você for olhar no cadastramento você vai ver menos[...] (E3)

Surge em meio a todo esse processo, ora transversalmente, ora paralelamente, a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) que busca dar um direcionamento mais eficaz e seguro para o usuário que apresenta algum transtorno mental. No entanto essa rede também apresenta dificuldades e fragilidades no seu desenvolvimento, ou mesmo uma redução e simplificação das suas abordagens, necessitando de atenção redobrada em suas nuances e entrecruzamentos na busca da construção do cuidado integral.

Saúde Mental é encaminhamento para o CAPS, quando tem alguma coisa mais complicada, se não, é na unidade [que é acolhido] [...] (E1)

Aqui normalmente faz esse acolhimento, quando tem, e encaminha para o CAPS, e no geral, as vezes eles ficam voltando mais pra renovar a receita, pra pegar medicação ou porque está sem psiquiatra, ou porque a consulta é só mais na frente, então a gente acaba atendendo só mais aqui pela demanda espontânea[...] (E2)

As tentativas de construção e consolidação da RAPS esbarram em vários problemas, desde a situação precária e estrutural dos próprios CAPS a fragilidade das relações entre os demais integrantes das redes de atenção. A comunicação entre os profissionais dos vários pontos de atenção não consegue ser estabelecida.

Outro ponto que merece destaque é a própria priorização, ou o contrário disso, da rede de assistência à saúde mental pela gestão em seus vários níveis de responsabilidades. Essas circunstâncias, porém, não são recentes, existe um contexto cultural bem enraizado de que a pessoa que vive com algum transtorno mental deve ser tratada paralelamente a sociedade. Com isso, percebe-se a dificuldade de estabelecer o cuidado em rede uma vez que a APS que deveria atuar como ordenadora desse cuidado já realiza com considerável fragilidade suas outras atribuições. Ademais, rompe com as proposições da integralidade e da corresponsabilização pelo paciente.

O CAPS hoje está completamente sucateado, a gente sabe que a atenção de saúde mental em Fortaleza está quase morrendo, então eles não tem como dar conta, por que não tem psiquiatra, não tem os atendimentos, então eles não conseguem receber. (E1)

O CAPS não tá funcionando direito, e também não aceita esses casos de depressão porque eles consideram leve. Então é a gente que dá o suporte pra essa população mesmo. (E3)

É preciso trazer a discussão sobre algumas práticas já estabelecidas na rotina dos serviços como “corretas”, quando na verdade há uma redução do seu significado e sentido, podendo gerar prejuízos para a consolidação das práticas de cuidado. Como exemplo deste caso pode-se, inicialmente, mencionar a prática de transcrição de receitas, tratadas como algo rotineiro, necessário e eficaz. Assim, apreende-se que a APS não se percebe como um dispositivo de saúde mental, pois os transtornos mentais leves deveriam ser tratados nos espaços da Atenção Primária, e não ser encaminhados para o serviço especializado. Destarte, tem-se ainda muito presente a prática da medicalização como principal estratégia de cuidado em detrimento de outras.

[...]na verdade o encaminhamento é só pra transcrever receita médica, ele continua sendo acompanhado aqui pelos outros profissionais. (E7)

Na verdade, essa questão de referência e contra referência é um nó muito grande dentro da saúde, da rede na verdade, porque, eu não sei o que é que acontece, mas a gente não consegue fazer funcionar a referência e contra referência. Porque no

máximo, quando a gente encaminha, a gente dá o encaminhamento com alguma pouca informação e recebe menos ainda, às vezes você não recebe nada de volta. (E1)

Na procura da consolidação da rede, percebe-se que muitas vezes os profissionais ficam de mãos atadas sem saber para onde encaminhar os pacientes que apresentam alguma necessidade que foge às competências ou condições do serviço em que trabalham. Daí, muitas vezes os encaminhamentos são feitos sem a devida certeza de que aquele encaminhamento poderá resolver o problema do usuário. Nesse contexto, o usuário inicia um caminho incerto na busca de um cuidado que é tão incerto quanto o próprio encaminhamento.

A gente geralmente dá preferência encaminhar pra atenção básica, mas não conseguindo e o paciente apresentando qualquer comportamento, alguma situação de risco, a gente encaminha pra Messejana [Hospital Mental] porque a gente tem a certeza que vai receber a receita, porque lá tem plantonista psiquiátrico e na situação de risco ele também vai ser avaliado pelo psiquiatra. (E7)

É feito um encaminhamento com a condição que o paciente está, solicitando agendamento de uma avaliação do clínico. Se o paciente estiver estável, a gente vê que tem uma certa estabilidade, ele faz essa consulta e faz a renovação dessa receita. Então, o paciente retorna ao serviço e recebe suas medicações aqui. Nos casos de instabilidade, a gente tem que encaminhar para Messejana [Hospital Mental] e, muitas vezes, estão vindo relatórios de lá reclamando porque os pacientes que estão indo não estão indo em crise. (E8)

Essas situações podem gerar sobrecarga da rede e conseqüentemente desvirtuar funções dos serviços. Além disso, fica impossível prever as repercussões que esta prática terá para as concepções das pessoas que utilizam os serviços do CAPS. Porém, levando em consideração as atuais condutas dos usuários, pode-se prever que com os CAPS, podem ocorrer riscos de serem subutilizados por conta do direcionamento para os hospitais terciários de saúde mental.

É preconizado pela Política Nacional de Saúde Mental que o paciente seja cuidado com ênfase na APS, porém identifica-se uma perceptível fragilidade nas relações que existem entre as UAPS e os CAPS, como se observa nas falas a seguir:

[...]a gente tem que dar conta, ou a gente dá conta, ou esses pacientes vão ficar sem atendimento. Então a maioria dos nossos pacientes eles estão na atenção básica. Alguns deles é que são encaminhados para fora, mas a maioria está na atenção básica, estão sendo acompanhados pelos médicos da atenção básica. (E1)

A gente vai tentando minimamente se aproximar da atenção básica em algumas situações mais específicas e no geral mesmo a gente tem contato com a atenção básica, mas mais de referencia e contrarreferência mesmo, não é aquele vínculo que deveria ser ideal de acompanhamento com paciente, de certa forma, negociar algum plano terapêutico dele com a atenção básica, porque na verdade ele volta pra lá. A gente ainda não tem esse fluxo. (E7)

Percebe-se nas entrelinhas de algumas falas dos profissionais que a concepção que os profissionais possuem sobre os cuidados à saúde mental, é que os pacientes que apresentam algum transtorno mental deveriam ser cuidados exclusivamente nos CAPS, porém, com o sucateamento deste último, os obriga a acompanharem os usuários na APS, levando uma concepção contraditória de que o atendimento deveria ser direcionado aquela instituição.

A maioria dos nossos pacientes realmente são acompanhados na unidade, a maioria. Por que antes, muitos deles, iam para o CAPS. (E1)

Outro entrave que dificulta o estabelecimento das redes, neste caso enfatiza-se a RAPS, é o estigma que ainda se produz e reproduz sobre os pacientes que são atendidos na rede de saúde mental, apesar destes se apresentarem em todos os ambientes, seja na própria APS ou nos CAPS. Esse estigma, além de ser falado pelos profissionais como algo que dificulta a rede, é perceptível na própria concepção do profissional, não assumindo a postura de estigmatizador e propagador deste estigma.

[...] infelizmente a gente ainda tem aquele certo estigma, aquele certo preconceito, de alguns profissionais... Não gente, ta comportado, ta sentadinho, ele não vai mexer com ninguém, não vai acontecer nada de mais não?, então a gente ainda sente assim uma preocupação. (E2)

Olhar para a pessoa com o transtorno, como algo defeituoso, impede a nossa percepção dele como um sujeito que ocupa territórios, como um ser social. Ele não é somente saúde. Há uma rede de desejos e afetações que o constituem como um ser. Uma produção desejante que constrói e que desconstrói formas de ocupar territórios e, assim, vai modificando e criando outras possibilidades. A loucura não é um defeito que precisa ser consertado (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Entende-se que a ESF estabelece suas relações com a RAS principalmente através do sistema de regulação de vagas. Embora se saiba que existem muitas outras redes informais, algumas mencionadas a seguir, esta foi à forma mais protocolar que a SMS conseguiu para tentar unificar o controle que se deveria ter sobre a disponibilidade de vagas. No entanto esta estratégia ainda não é efetiva em dar conta de toda a demanda que surge no dia a dia da assistência.

É preciso considerar que quando as referências saem de uma região e adentram em outra ou outras, elas precisam ser reguladas de modo a haver segurança entre os entes federativos implicados no tocante à garantia do atendimento do usuário. Nas referências inter-regionais que extrapolam o território estadual, adentrando em outro, são relevantes as

interações entre estados para definir as referências. Esses aspectos são importantes para que as referências aconteçam de modo organizado e sistêmico (SANTOS, 2017).

Percebe-se também que apesar de existir este procedimento de regulamento das vagas e ser algo recorrente na rotina dos serviços, os profissionais e usuários ainda não o conhecem e não entendem seu funcionamento por completo, entrando em discordâncias muitas vezes. Também referem este problema como um grande entrave na continuidade da assistência, pois até os encaminhamentos tem prazo de validade, mas a vaga não é garantida até que esse período se vença.

Como a gente não tem mais a fila física, a gente tem uma fila virtual, que é uma fila inclusive invisível, por que você não sabe quantas pessoas tem nessa fila, quantas pessoas estão aguardando aquele atendimento [...] (E1)

Se não tiver vaga, ele fica tipo numa fila, que a gente chama de demanda reprimida, que aí ele fica nessa fila, quando sai vaga, aí o papelzinho vai para a coordenação, a agente liga para o paciente pegar o papel para essa consulta... Na demanda reprimida fica aqueles pacientes que vieram marcar, não tinha vaga, não tinha vaga para fazer o exame, e também não tinha vaga pra regulação, aí fica na demanda reprimida que é como se fosse uma fila de espera, que aí é conforme vai surgindo... É muito a questão das vagas para encaminhamento e exames, eu acho que é o grande problema a se resolver, por que infelizmente tem pacientes que se vence o encaminhamento e não consegue vaga. (E2)

Em sinergia com este cenário, Portugal precisou padronizar a regulação, culminando na criação de uma rede de Agrupamentos de Centros de Saúde - ACES encarregada de melhorar a coordenação e a eficiência dos serviços de saúde a nível local através de um melhor planeamento e partilha de recursos. Cada ACES é gerido por uma equipe de proximidade composta por um Diretor Executivo, um Conselho Clínico (de quatro membros que representam os diferentes grupos profissionais) e uma Unidade de Apoio à Gestão - UAG (Lapão *et al.*, 2017).

Outro ponto inerente a este contexto é que, a rede se faz no estabelecimento de conexões entre os diversos pontos de atenção à saúde. No entanto, não se pode esquecer que para haver a conexão entre os pontos é necessário haver comunicação entre ambos e ainda, um meio que promova o transporte dos indivíduos de um ponto a outro, o que não acontece na maioria das vezes.

Tal fato revela a desconexão com os ideários propostos pela Reforma Psiquiátrica bem como a funcionalidade do modo de ser do CAPS. Por ser parte integrante da rede de serviços que objetiva romper com a lógica institucionalizante, regulamentados pela portaria 336/ GM de fevereiro de 2002, o CAPS atua como equipamento fundamental para a consolidação da Reforma Psiquiátrica (BRASIL, 2004), desempenhando ações intensivas direcionadas aos grupos com sofrimento psíquico intenso e persistente e são também

responsáveis pelas articulações, em seu território de abrangência, de estratégias e ações que objetivem a promoção de cuidados em saúde mental para toda a população. Devem ocasionar o acolhimento e acompanhamento das pessoas com transtornos mentais graves, objetivando a inserção e participação social, disponibilizando acompanhamento clínico terapêutico, estruturando-se como espaço promotor de vida (TAÑO; MATSUKURA, 2014).

[O paciente] vai por conta própria. Se for ao CAPS, se for alguma coisa que o médico encaminha ao CAPS, ele vai por conta própria... (E1)

A gente que liga pro SAMU, a gente que liga pro CAPS 24h, a gente aciona a família ou aciona um conhecido pra ver se consegue [...] (E7)

Com isso, no momento em que o paciente sai de um ponto a outro da atenção, a continuidade do cuidado não é garantida, a não ser que o paciente possua os meios necessários a conseguir chegar ao novo destino. A rede não estabelece como prioridade o transporte desses pacientes, permitindo que os usuários corram o risco de se perderem na rede em busca de cuidado.

Destacam-se ainda outras dificuldades que acontecem na própria unidade de saúde, como a própria marcação de consulta. Com a priorização da demanda espontânea o número de consultas na agenda programada foi reduzido, gerando uma defasagem no atendimento e um acúmulo de pacientes na fila de espera.

Mesmo com a existência de protocolos e fluxogramas de atendimentos bem estabelecidos pela rede assistencial, os indivíduos constroem a partir de suas escolhas (embasadas em suas próprias necessidades, concepções, estigmas e determinantes sociais) os seus próprios caminhos singulares que definem diferentes modos de trilhar o sistema oficial (FERREIRA; SILVA, 2012).

Tem uma dificuldade enorme de marcação de consultas aqui, por que o NAC ele marca pra três meses, então a gente fica com três meses a agenda aberta... Aí, na verdade ele fala, não a gente não marca pra três meses, a gente abre a agenda pra três meses, só que a população num é imensa? A população já vem perguntar: "Qual é o dia que abre a agenda?", dia tal vai ter uma fila que vai virar o quarteirão e eles vão marcar os três meses. (E3)

[...] a gente não costuma ligar pra regular essa vaga na secretaria não, porque geralmente essa necessidade é em situação de crise. Então fazer essa ligação pra secretaria acaba que a gente perde mais tempo, como a gente não tem sistema informatizado ele sabe que esse retorno também vai ser por ligação, vai depender de forma muito artesanal, muito manual ainda, então a gente faz o processo direto [...] (E7)

A percepção que os profissionais apresentam, quanto ao exercício da profissão, destaca lacunas que tanto na atenção primária, secundária e terciária, sobrecarregam os

profissionais de saúde ocasionando problemas nas tomadas de decisões, levando a assistência a ficar comprometida.

[...]a gente tem problema na atenção básica, a gente tem problema na atenção secundária, aí acaba chegando na terciária por que as coisas vão se amontoando, fica um amontoado de problemas não resolvidos que não tem vazão dentro dessa rede e aí a população fica realmente com a assistência comprometida[...] (E1)

A fala ilustra que os trabalhadores sentem a necessidade de uma referência e contra referência em relação às prescrições médicas no momento em que realizam o fluxo para unidades de saúde mental. Esta questão ocasiona um cuidado fragmentado e demora no atendimento.

A gente vai precisar da ultima prescrição dele de serviço de onde ele vier ou então as vezes a gente já chegou a abrir o prontuário e encaminhar pra Messejana [Hospital Mental] pra poder pegar a prescrição médica, porque a gente não tem como fazer isso aqui, e aí dá seguimento com a prescrição do psiquiatra do hospital até a data da consulta dele. E aí a gente sabe que a gente acaba sufocando. Na verdade desvirtuando o perfil do hospital mental, porque não tem esse perfil de atendimento, desse tipo de cliente pra renovar receita, pra iniciar conduta médica, lá não é esse perfil de paciente que tem que da entrada lá, a gente tem consciência disso. Mas infelizmente é o sistema do município, não temos médicos o suficiente pra isso. (E7)

Destaca-se ainda, que a comunicação ocorre nas redes informais, as quais são construídas em cada encontro entre profissional, trabalhadores e usuários do sistema no ambiente em que estão inseridos. Essas redes são informais no sentido de que, não são protocolares, estão em constante movimento e moldando-se as necessidades que surgem a cada demanda específica.

A rede informal é aquela que se estabelece a partir da rede primária, quando há necessidade ou dificuldade comum vivenciada pelos membros que fazem parte da mesma rede. Nessa rede, o vínculo é fundado na solidariedade e não há troca financeiras, apenas de serviços (SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

É importante destacar que a partir do contato que o trabalhador constrói com o seu trabalho e com o outro, é que ele poderá transformar as prescrições para modos flexíveis de um trabalho potente, vivo e não capturado, que se dará numa postura ética-estética-política. E se atentar para que os modos de organização enrijecidos não influenciem a relação trabalhador-usuário de forma que impeça o fluxo das afetações (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Identifica-se também a riqueza dos territórios e as potencialidades na busca do autocuidado. As comunidades conseguem criar mecanismos que promovem o cuidado coletivo, a partir de ideais que partem da própria comunidade.

Lá dentro da favela do São Miguel tem duas ONGs, a ONG do Chico Pernambuco e a Fonte da Vida, que estão dentro do meu território. São ONGs que tem financiamento até internacional... São duas ONGs bastante influentes lá dentro. Só que elas estão com dificuldades, por que os jovens e as pessoas que frequentam, tão começando a deixar de frequentar por conta da violência. (E3)

Os profissionais são obrigados a buscar ou criar estratégias e ferramentas informais para tentar manter o fluxo do usuário na rede. Estas ferramentas são fundamentais e constantes na rotina de atendimentos e direcionamentos propostos.

Como se percebe, essas atitudes parecem menores, contudo dão visibilidade a outra forma de pensar e realizar o trabalho, que também está presente nas equipes. Contrariamente ao que poderia ser pensado, o rompimento dos protocolos e fluxos de atendimento pode favorecer o trabalho e a articulação entre usuários e profissionais. O paradoxo é que estes deveriam facilitar a efetivação do cuidado (MAXIMINO, *et al.*, 2017).

Nas falas referidas, sempre existe algum ponto em que se percebe uma certa informalidade, um rearranjo para que alguns dispositivos possam existir ou acontecer da melhor forma. É nesse ponto que a rede ganha vida e começa a existir não mais apenas como um protocolo, mas como algo que está em movimento constante, moldando às necessidades que surgem a cada momento. Contudo, é preciso ter atenção para que esse molde não beneficie apenas um grupo de pessoas, ou que se habitue a fazer o mínimo que se consegue, não buscando novas alternativas formalizadas de cuidado a todos os pacientes que necessitam.

[...]às vezes se utiliza de: “se você conhecer alguém”, “conhece algum amigo que possa dar um suporte em algum lugar, em algum serviço”, você aciona, indica, conversa sobre o caso, mas assim, via o profissional que está atendendo, é uma coisa pessoal, não é nada instituído formalmente. (E1)

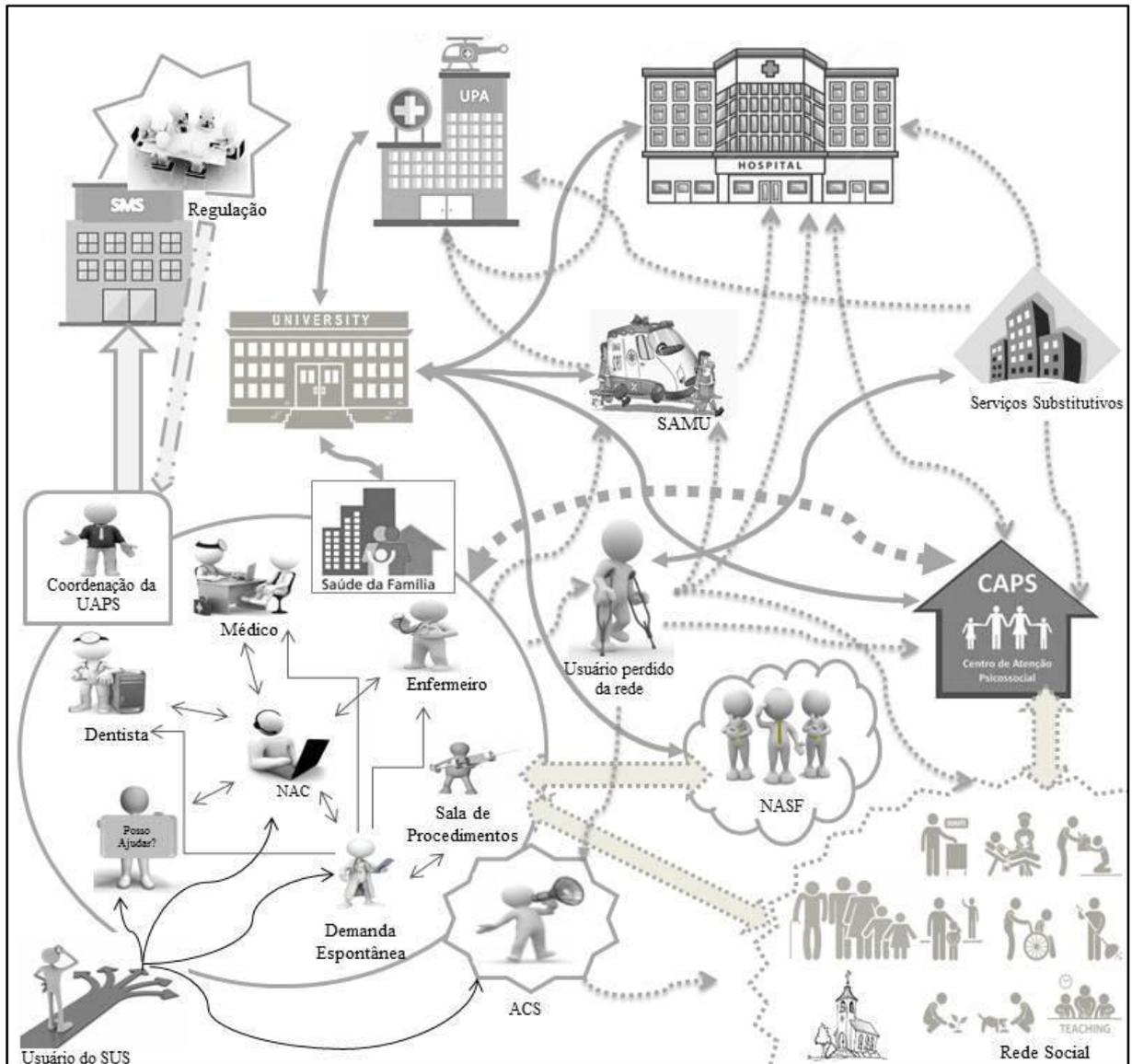
eu já conversei com ela pelo *whatsapp*, falei: ‘fulana’[referência a enfermeira] quando der, dá um pulinho lá pra ver essa sonda... a gente conversa pelo *whatsapp*, e não é legal! (E3)

Tem até como a coordenação pedir prioridade pra regulação analisar esse caso mais rápido, porque ele tem uma maior urgência... Quando vai para a regulação, é muito importante a questão da justificativa que o médico botou para aquele exame, então quanto pior, grave, o quadro do paciente, dependendo da justificativa, a vaga sai mais rápido ou não. (E2)

Durante a aproximação com o campo, foram realizadas observações no campo empírico e descrições das atividades de rotina desenvolvidas nas unidades, na busca de entender o caminho que o usuário percorre no seu processo de construção do cuidado.

Baseando-se por esta fase descritiva, para a melhor compreensão de como ocorre o fluxo do atendimento nas UAPS/ESF, posteriormente e conseqüentemente na RAS, criou-se o fluxograma, a seguir, dos caminhos que o usuário pode percorrer na ESF e na RAS.

Figura 6. Fluxo do usuário a partir da Estratégia Saúde da Família à Rede de Atenção à Saúde.



Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Percebe-se que os usuários, que devem ser o motivo propulsor dos estabelecimentos e conexões dos serviços de saúde, estão sempre se movendo na RAS, não existe um ponto fixo ou único de atenção. Contudo, esse caminho, na maioria das vezes, se mostra como incerto, frágil em suas relações de cuidado. Por vezes os usuários ficam perdidos na rede sem saber para onde se direcionarem, indo e voltando a vários serviços sem encontrar

a resolutividade dos seus problemas de saúde, uma verdadeira peregrinação em busca de cuidado.

Esse contexto de peregrinação enfraquece o sentimento de confiança dos usuários nos serviços que são utilizados por eles. Antes mesmo de eles iniciarem uma provável peregrinação, o sentimento de não resolução dos seus problemas já existe, levando ao descrédito e conseqüentemente a insatisfação de utilizarem um serviço que não suprirá suas ansiedades.

6.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PELO PCATool: ANÁLISE DOS COMPONENTES

A categoria da análise do PCATool foi constituída em duas fases para melhor elucidação dos dados, a fase de contextualização do instrumento e caracterização dos participantes e, posteriormente a fase de análise dos escores das versões adulto e profissional do *PCATool*.

Em uma revisão sobre este mesmo instrumento de avaliação da APS, D'Avila *et al.*, (2017) encontraram 42 estudos, nacionais e internacionais, todos com delineamento transversal e com os respectivos escores dos atributos, desse total, 17 (40,5%) são do Brasil, quatro do Canadá, quatro da China, três da Argentina, dois dos Estados Unidos e dois de Hong Kong. No caso da África do Sul, Colômbia, Coréia do Sul, Espanha, Japão, Paraguai, Nova Zelândia, Tailândia, Tibete e Uruguai foram identificados um estudo por país.

No entanto, assim como neste estudo, identificou-se que a redação de alguns itens dificultou a compreensão do instrumento por parte dos idosos. Para questões dos blocos relativos à integralidade, ainda houve itens que causaram algum constrangimento, manifestado por expressão facial ou verbal, por parte de alguns, ao ser formulada a questão tal como no instrumento. Para outros, a expressão facial foi de ironia para itens, principalmente, nos blocos sobre acesso de primeiro contato e longitudinalidade (BARA *et al.*, 2015).

Outra situação apontada por alguns idosos no momento da entrevista foi o fato de se sentirem cansados devido à extensão dos instrumentos de coleta de dados. Em relação a esse aspecto, um cuidado importante na elaboração de instrumentos de coleta de dados está relacionado à sua extensão, pois, no caso de ser aplicado para pessoas idosas, esse aspecto torna-se relevante para o êxito da pesquisa. A duração média do preenchimento do questionário é um aspecto crucial a ser considerado e deve ser para o respondente o mais agradável possível, de modo a favorecer uma efetiva participação dos entrevistados (BARA *et al.*, 2015).

Com relação a esta pesquisa, os profissionais que participaram deste estudo foram enfermeiros (48.5%), em sua maioria, médicos (21.2%) e odontólogos (30.3%). Em sua grande maioria composta por participantes do sexo feminino. Destaca-se mais uma vez o elevado índice de recusa de aceitação em participar da pesquisa, por conta do instrumento utilizado ser muito extenso e conseqüentemente tomar muito do tempo dos profissionais. Apresenta-se na Tabela 1 a caracterização destes profissionais.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais participantes da etapa quantitativa, Fortaleza, Ce, 2017.

| Variáveis | | |
|-------------------------|----------|----------|
| Categoria (n=33) | <i>n</i> | % |
| Enfermeiros | 16 | 48.5 |
| Médicos | 7 | 21.2 |
| Odontólogos | 10 | 30.3 |
| Sexo (n=33) | <i>n</i> | % |
| Masculino | 5 | 15.2 |
| Feminino | 28 | 84.8 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Tabela 2 - Caracterização dos usuários do SUS participantes da etapa quantitativa, Fortaleza, Ce, 2017.

| Variáveis | | |
|---------------------|----------|----------|
| Sexo (n=106) | <i>n</i> | % |
| Masculino | 31 | 29.2 |
| Feminino | 75 | 70.8 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

Nas filas de espera, nos espaços de convivências da UAPS e nos próprios atendimentos, observa-se, em sua grande maioria, que estes espaços são compostos de mulheres. Esse fato evidencia a principal característica desse grupo de participantes serem do sexo feminino (70.8%).

Tabela 3- Resultados PCATool – Versão Adulto, Fortaleza, Ce, 2017.

| PCATool – Versão Adulto | |
|--|---------------|
| Componentes | Escore |
| Componente A – Grau de Afiliação com os Serviços de Saúde | 5.71 |
| Componente B – Acesso de Primeiro Contato – Utilização | 6.66 |
| Componente C – Acesso de Primeiro Contato – Acessibilidade | 2.27 |
| Componente D – Longitudinalidade | 4.84 |
| Componente E – Coordenação – Integração de Cuidados | 5.96 |
| Componente F – Coordenação – Sistema de Informações | 6.27 |
| Componente G – Integralidade – Serviços Disponíveis | 4.97 |
| Componente H – Integralidade – Serviços Prestados | 4.32 |
| Componente I – Orientação Familiar | 4.48 |
| Componente J – Orientação Comunitária | 4.77 |
| Escore Essencial | 5.18 |
| Escore Geral | 5.08 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

O escore geral avaliado pelos usuários adultos desta pesquisa apresentou uma média de 5.08, considerada ainda baixa em relação ao que se almeja com a ESF. Considerando apenas os atributos essenciais da APS, essa média apresentou uma pequena elevação para 5.18, contudo permanece sendo considerado a baixa.

Em pesquisa de revisão, encontrou-se que os estudos brasileiros apresentaram como escores essenciais da APS – acesso de primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado – valores de baixa amplitude que variaram entre 3,86, na cidade de Ilhéus, na Bahia, a 7,37 no município do Rio de Janeiro. Quanto ao escore geral, que inclui os atributos já descritos e orientação familiar e comunitária, observamos uma semelhante amplitude de valores: 3,66 em Ilhéus a 7,01 no Rio de Janeiro (D’AVILA *et al.*, 2017).

Quando analisado isoladamente o componente referente à integralidade, os valores das médias ainda são mais baixos, principalmente no que se refere ao componente H – Integralidade – Serviços Prestados, com média de 4.32 e o componente G – Integralidade – Serviços Disponíveis, com média de 4.97. Esses valores representam nitidamente a dificuldade e complexidade de se conseguir estabelecer o princípio da integralidade na ESF.

Analisando a integralidade na atenção à saúde da criança, Diniz *et al.*, (2016) concluíram que o atributo integralidade na atenção à saúde da criança no contexto da APS apresenta fragilidades nas duas dimensões mensuradas, serviços disponíveis e prestados, evidenciando que o cuidado se dá de forma fragmentada e não integral. Os baixos escores obtidos revelam que o atributo não está presente na extensão esperada para um serviço de APS e apontam para os aspectos que requerem mudanças.

Assim como no estudo de Diniz *et al.*, (2016), registra-se que os resultados a cima apresentaram a visão do usuário dos serviços de saúde havendo, contudo, outros atores envolvidos na produção da saúde, a exemplo de profissionais e gestores que também devem ter suas percepções avaliadas na produção do conhecimento, abrindo-se assim espaço para novos estudos referentes à temática em questão. Desta forma, apresenta-se na Tabela 4, os resultados encontrados pelos profissionais da APS.

Tabela 4- Resultados PCATool – Versão profissional, Fortaleza, Ce, 2017.

| PCATool – Versão Profissional | |
|---|----------------|
| Componentes | Escores |
| Componente A – Acesso de Primeiro Contato | 2.66 |
| Componente B – Longitudinalidade | 5.71 |
| Componente C – Coordenação – Integração de Cuidados | 6.02 |
| Componente D – Coordenação – Sistema de Informações | 8.22 |
| Componente E – Integralidade – Serviços Disponíveis | 6.02 |
| Componente F – Integralidade – Serviços Prestados | 5.91 |
| Componente G – Orientação Familiar | 7.72 |
| Componente H – Orientação Comunitária | 7.0 |
| Escore Essencial | 5.76 |
| Escore Geral | 6.16 |

Fonte: Elaborado pelo autor, 2017.

A situação muda um pouco quando avaliada pelos profissionais, na média do escore geral, verifica-se uma significativa elevação para 6.16, elevando a concepção da qualidade da ESF como bem mais positiva. No entanto, apesar de superior a avaliação dos usuários, quando avaliados o escore essencial, esse valor decai para 5.76.

No componente da integralidade os valores dos escores também são superiores as avaliações dos usuários. Sendo que no componente E – Integralidade – Serviços Disponíveis a média foi de 6.02 no componente F – Integralidade – Serviços Prestados a média foi de 5.91. Demonstrando ainda que esse princípio, mesmo sendo avaliado pelos profissionais, apresenta valor abaixo da média dos escores gerais.

Vale destacar que em estudo de validação realizado no Brasil, o PCATool-Brasil versão usuários adultos captou os principais atributos da APS e apresentou, de modo geral, medidas de fidedignidade aceitáveis, diante da realidade na qual o instrumento foi aplicado. Portanto, mesmo considerando as diferenças regionais e o extenso número de itens, o PCATool-Brasil pode ser considerado um instrumento válido e fidedigno para avaliar a presença e extensão dos atributos da APS na experiência dos usuários adultos dos serviços de APS. Consolida-se assim como um importante instrumento para avaliar serviços de saúde,

subsidiando gestores sobre a presença e extensão dos atributos da APS (HARZHEIM *et al.*, 2013). No entanto...

Sugere-se a necessidade de atualização de itens de cada atributo do instrumento. Isto se aplica, em particular, ao atributo “Acesso de primeiro contato”, que poderia ser testado para avaliar a possibilidade de inclusão/adaptação de novos itens, como por exemplo, inclusão de novas formas de comunicação médico-paciente na forma de e-mail, mensagens por aplicativos em dispositivos móveis, uso de software de transmissão de vídeo para comunicação e mesmo utilização de telemedicina, entre outros. Além disso, o uso de sistemas de informação eletrônicos em substituição ao prontuário de papel trouxe para a assistência não somente uma substituição de cunho tecnológico, mas também inúmeras possibilidades de aperfeiçoamento da coordenação do cuidado que precisam ser incorporados em novas versões dos instrumentos. Da mesma forma, a mudança do contexto epidemiológico suscita a necessidade de incluir novos itens na dimensão Integralidade (D’AVILA *et al.*, 2017, p.863)

Considera-se relevante também que, nem todos os estudos a aplicação foi satisfatória, pois em algumas pesquisas evidenciou-se que a versão do *PCATool*, adaptada hoje para adultos em geral, não é adequada para utilização entre idosos, necessitando de revisão (BARA *et al.*, 2015).

Ainda assim, observa-se que desde os anos 2000 até os dias atuais, o Brasil foi o país que mais publicou pesquisas de avaliação de serviços utilizando o *PCATool*. Diversos autores brasileiros passaram a utilizar o *PCATool* como recurso para avaliação da APS na perspectiva dos usuários responsáveis por crianças, adolescentes e também usuários adultos, em municípios e cidades de diferentes portes populacionais, combinando e complementando, por vezes, com desfechos clínicos e uso de outros questionários/protocolos na área da saúde e adaptando à cultura local os itens do mesmo. Em âmbito global, pesquisadores de diversos países trabalharam na adaptação e validação de versões do *PCATool* adequadas aos seus contextos sociosanitários, com crescente uso do instrumento em várias partes do mundo (D’AVILA *et al.*, 2017).

Desta forma, corrobora-se com os autores acima sobre essas particularidades do uso da ferramenta. Tais tecnologias são necessárias à mensuração de certos quesitos da atenção à saúde, porém são ferramentas que precisam ser adaptadas a cada microrregião em que é utilizada, e nunca deve ser utilizada sem a sensibilidade de percepção das nuances não explícitas abertamente pela população estudada.

6.3 PROCESSOS DE TRABALHO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Apresenta-se a seguir as características referentes aos Processos de Trabalho dos trabalhadores e profissionais da saúde nas Unidades de Atenção Primária à Saúde e dos Centros de Atenção Psicossocial. De acordo com a consulta de palavras por agrupamento de codificação no nó “processos de trabalho”, as principais palavras que emergiram das falas foram: Paciente(s); Demanda(espontânea); Nós; Fazer; Enfermagem; Saúde; Agenda; Consulta; Acolhimento e outras...

Figura 7. Nuvem da consulta de frequência de palavras por agrupamento de codificação no nó Processos de Trabalho.



Fonte: NVivo¹⁰, adaptado pelo autor, 2017.

Percebe-se no ambiente de trabalho e assistência que a prática dos profissionais passa por algum processo de transição em que grande parte dos coordenadores, de dezesseis UAPS, estão ausentes ou recém-chegados no serviço ou ainda não foi apresentado à unidade por questões burocráticas e políticas.

Esta característica desestabiliza a organização dos serviços prestados à população. Os profissionais não se sentem “responsabilizados” por algumas demandas e os usuários dos serviços ficam sem ter a quem recorrer quando existe a necessidade de algo que foge a

competência dos profissionais ou quando se trata de reclamações sobre as ações que estão sendo desenvolvidas na unidade.

As agendas dos profissionais encontram-se desestruturadas quanto aos serviços prestados que são propostos pela ESF. Existe uma proposta de programação da agenda dos profissionais em dois tipos de demandas, programadas ou espontâneas. No entanto, verifica-se a anteposição das demandas espontâneas em detrimento das demandas programadas, estas últimas previstas e planejadas na ESF.

Apreende-se que os processos de trabalhos estão voltados a procedimentos extremamente técnicos, priorizando fichas de atendimento ambulatorial lotadas, sem primazia da qualidade dos serviços, escuta às necessidades dos pacientes atendidos e elaboração de um plano terapêutico singular. É nítido a dificuldade em se estabelecer a produção de um cuidado integral quando até mesmo o tempo de cada consulta é predefinido. Percebe-se a exaustão desses profissionais desde o início do atendimento, no entra e sai do grande volume de pacientes nos consultórios, até o final de cada turno.

Pode-se observar, assim como no estudo de Maximino *et al.* (2017), que os profissionais produzem redes a partir de seu modo de pensar e operar as ações em saúde, construídas por macro e micropolíticas, ou seja, pela organização formal do sistema de saúde que determina uma estrutura institucional e também pelos conceitos, formas de cuidado em saúde e pelos lugares sociais ocupados pelos sujeitos.

No entanto, o acolhimento, que foi criado para fortalecer a postura e a prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecer a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços, contribuindo para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público de saúde. Favorecer, também, a possibilidade de avanços na aliança entre usuários, trabalhadores e gestores da saúde em defesa do SUS como uma política pública essencial da e para a população brasileira (BRASIL, 2010c), está completamente desvirtuado, como se observa...

Você pega a sua escala de 07:00 às 13:00 ou de 13:00 às 19:00 horas, durante aquele período, a equipe que está escalada para o acolhimento ela deve atender a toda a demanda espontânea, não agendada, que procurar a unidade. Então não tem um limite, o enfermeiro que está no acolhimento ele pode atender dez, como ele pode atender cem, se dentro daquele período ele estiver no acolhimento e chegar aquela demanda para ele. (E1)

A gente divide entre as enfermeiras todo horário de demanda espontânea, que é de 7 às 19 horas, sempre tem algum enfermeiro na demanda espontânea. E aí a gente atende conforme vai aparecendo os pacientes... Apesar de se dizer que não se tem um número fixo[de atendimentos], mas normalmente abrem quarenta vagas, em turno de seis horas, sete minutos pra cada consulta! Então assim, nota-se que cobram muito a questão de produção, de você atender, atender, números, números[...] E aí

acaba deixando de lado a questão dos programas, se perdeu um pouco. O acolhimento e classificação de risco, é por demanda espontânea, conforme eles vão chegando, é o mesmo. (E2)

É preciso não restringir o conceito de acolhimento ao problema da recepção da “demanda espontânea”, tratando-o como próprio a um regime de afetabilidade (aberto a alterações), como algo que qualifica uma relação e é, portanto, passível de ser apreendido e trabalhado em todo e qualquer encontro e não apenas numa condição particular de encontro, que é aquele que se dá na recepção (BRASIL, 2010c).

Percebe-se nas falas dos participantes um desejo de protocolo, um guia que facilite o atendimento, direcionamento e fluxo do usuário no serviço e posteriormente na rede. No entanto, é preciso ter cautela no uso dessas tecnologias pelo risco do endurecimento das práticas de cuidado, podendo o profissional ficar induzido ao mero seguimento do protocolo.

Assim como na pesquisa de Maximino e colaboradores (2017) a equipe demonstra saber pouco sobre os atendimentos e o fluxo dos serviços especializados, que não há reuniões entre chefias da atenção básica e os gestores dos outros níveis de atenção, nem entre equipes de diversos serviços que estão em um mesmo território e atendem a mesma população.

Desta forma, existe uma inquietação nos profissionais referente à necessidade de uma educação continuada mais frequente, efetiva e constante no cotidiano da prática. Apesar de existir uma delimitação da carga horária mensal destinada à educação continuada, esses horários não coincidem com os demais integrantes da equipe, tendo o profissional ter que realizar esse processo de forma isolada dos demais, o que nem sempre é garantia deste processo acontecer.

[...]não é todo profissional, digamos assim, que tem uma certa afinidade pra atender esse perfil de paciente, então eu acho que tinha que ser assim: ‘vai ter o programa de saúde mental, vão abrir na agenda tal esse programa e vai se ter uma capacitação pra se estabelecer como é que vai ser o fluxo, como é que vai ser esse atendimento. Eu acho que precisa ter capacitação dos profissionais de certa forma. (E2)

Com o novo tipo de escala de trabalho utilizada para o funcionamento das UAPS, percebe-se uma dificuldade dos profissionais que, inclusive são da mesma equipe, mas que não conseguem, ou pouco conseguem, se encontrar pessoalmente na unidade de saúde, e conseqüentemente, estabelecer uma comunicação que garanta o compartilhamento de saberes sobre o cuidado dos seus pacientes.

Antes eu tava todo dia falando com a minha enfermeira, todo dia falando com minha agente de saúde. Por que o meu horário era de manhã e de tarde, o da enfermeira era de manhã e de tarde, todo mundo, até dentista, de manhã e de tarde, todo mundo tinha o mesmo horário. Agora como a gente é de sete às sete, eu só tô junto com a minha enfermeira dois turnos na semana, o meu horário é de manhã e o horário dela

é a tarde... Eu fiz a visita domiciliar ontem sem enfermeira, por que ontem ela estava no acolhimento, ela não pôde sair e eu fui sozinha, mas fui [...] (E3)

Eu me vejo numa situação em que eu nunca vi antes. Antes eu tinha um controle de quantos pacientes eu tinha, se o paciente estava vindo, se não estava vindo, porque não estava vindo, se complicou, se ele veio porque complicou, e hoje eu não consigo. Eu não consigo, eu não tenho essa resposta, eu não sei quem são os pacientes que eu estou acompanhando, eu não sei quantos pacientes eu tenho hoje, eu não consigo lhe dar essa resposta. (E1)

Nota-se que a equipe parece não estabelecer outro tipo de contato com o especialista, seja para encaminhar um caso, ou para esclarecer uma resposta e, na impossibilidade de avançar, os profissionais sentem-se desanimados, impotentes (MAXIMINO, *et al.*, 2017).

Eu costumo dizer que a gente trabalha por que acredita em algo e acredita que pode fazer a diferença, nem que seja para uma pessoa que você atenda no dia, se você fizer a diferença já valeu a pena, mas eu acho sinceramente que como a gente está hoje, a gente está sendo subutilizado, as nossas potencialidades estão sendo subutilizadas, a gente poderia fazer muito mais do que a gente está fazendo. (E1)

É perceptível que a construção de redes deve ser ativa e haver, tanto quanto possível, esforço para estabelecimento de relações que favoreçam as possibilidades de diálogo e o trabalho em parceria. No entanto, os profissionais parecem se posicionar de maneira ambígua a respeito de sua responsabilidade nessa construção: ora dependente de um profissional, “aquele que consegue, faz”, ora de maneira mais reflexiva, indicando que a pequena quantidade de profissionais, os casos complexos e os diferentes regimes institucionais incidem diretamente sobre as possibilidades, ou não, de articulação da rede e de produção de cuidado (MAXIMINO, *et al.*, 2017).

É, mas eu acho que hoje o profissional dedica muito tempo a demanda espontânea, quase cinquenta por cento da minha carga horária é demanda espontânea. É um tempo que eu poderia estar atendendo os programas, que aí teria mais vagas para atender esses pacientes e evitaria que viesse tanta gente pela demanda espontânea[...] (E2)

A fragilidade dos vínculos também um ponto importante que merece atenção, principalmente da gestão, para resolução dos problemas emergentes. Percebe-se uma nítida diferença nas condições de trabalho, principalmente quando se refere às categorias dos vínculos empregatícios entre os profissionais. Os profissionais celetistas possuem uma carga de trabalho maior em relação aos concursados, além do reconhecimento financeiro menor e outros benefícios trabalhistas não cedidos a esta categoria.

A carga horária eu ainda acho um pouquinho pesada daqui, pra quem é celetista, é tanto que assim, acabo pegando mais tempo de demanda espontânea por que minha carga horária é maior. (E2)

A grande maioria dos profissionais não são servidores. O grupo de servidores aqui é muito pequeno, não sei se chega a 10%, então todos os outros profissionais têm vínculos fragilizados. E ainda tem outra forma de contratação que é mais complicado ainda que é a questão do RPA, que esse num tem um período de 1 ano com mais 1 é até quando der. Então são vínculos que deixam os profissionais adoecidos, hoje estou aqui amanhã não estou. A gente não percebe nenhum esforço pra que essa situação se resolva... A nossa contratação pela prefeitura é uma contratação que a gente tem consciência que é limitada, começa aqui termina aqui, a gente não tem suporte em relação a outras categorias profissionais. (E7)

Essa fragilidade dos vínculos, além de se prejudicial aos próprios trabalhadores, evidencia-se que podem trazer malefícios também para os pacientes, uma vez que fragmenta o cuidado e o vínculo que o paciente tem com o serviço, pode ser restrito ao vínculo que ele tem com um profissional específico. Ilustra-se esse pensamento através da fala a seguir, quando uma participante relata um caso de desvinculamento de um enfermeiro do CAPS, por ter cumprido o tempo de contrato.

Ele já tinha dois anos no serviço, já tinha vínculo com os pacientes que foi o pior. Nós tivemos pacientes entrando em crise aqui por conta desse vínculo [quebrado], a gente foi até preparando o paciente, quando a situação de fato aconteceu, que no dia seguinte, era uma paciente que vinha todos os dias tomar a medicação aqui, e quando ela chegou que perguntou por ele, mesmo ela já sabendo mais ou menos que ele iria sair, ela entrou em crise. Bom, tudo isso é negligenciado, né. (E7)

Ela é tudo. Eu gosto de tudim, mas ela, quando a crise apegar, eu vou logo pra ela, eu acho assim que ela entende mais... Assim, não é dizer que os outros não me entende, mas ela me acolhe mais né. E ela também, ela percebe quando eu tô bem e quando eu não tô bem. Aí por isso que tudo meu é com ela (risos) (E9)

Tem muita demanda, tem muito paciente na porta, então esses são os desafios que a gente espera encontrar, mas às vezes a gente tem desafio da gestão com relação ao nosso processo de trabalho. A gente tem um processo de trabalho muito dificultado com a mudança da gestão, então quando você tem uma gestão que prioriza mais a ESF é ótimo, quando você tem uma gestão que prioriza mais o atendimento ambulatorial, de urgência/emergência, aí você tem uma dificuldade na ESF. (E3)

É perceptível ainda a frustração nas falas dos participantes em perceber que isso não tem relevância para a equipe da gestão, ou pelo menos não tem como prioridade a resolução desse tipo de problema. O que ainda tenta suprir essa carência, é que os trabalhadores se sentem parte de um mesmo problema e vinculam-se um ao outro como forma de apoio e tentativas de suprir algumas necessidades.

Essa rede de apoio interno entre os profissionais, que se constrói no cotidiano do trabalho, parece ser fundamental para compor um “corpo mais forte”, que ultrapassa a pessoa, criando um corpo institucional. Surge também o reconhecimento do aprendizado que se dá em equipe, em rede (MAXIMINO, *et al.*, 2017).

Essa ideia de acolher o outro trabalhador não necessariamente é para corroborar com as práticas de cuidado que ele apresenta com o usuário, mas para se tentar produzir nele outros modos de fazer o trabalho. Isso nos faz pensar que a relação de cuidado entre a equipe também se passa por certa confiabilidade e aposta nos trabalhos do outro (AMORIM; LAVRADOR, 2017). Como se verifica na fala de uma enfermeira: *A interação com os colegas é muito boa, isso ameniza e facilita bastante o trabalho. (E2)*

O sentimento de participação e desejo de construção de algo melhor também é sentido na fala dos participantes. É perceptível o desejo de se construir algo vivo, seja no atendimento individual ou coletivo baseado nos preceitos dos SUS e da ESF e ainda a tentativa, em meio a tantas dificuldades, de ser resistente, de ser SUS, de ser ESF.

Eu amo o que eu faço, mas o que eu aprendi fazer. Essa coisa deturpada não é o que eu amo não, é o que adoce. E eu acho que a gente tem que fincar no pé, por que se não a gente desvirtua a nossa profissão. São muitos desafios, então tem altos e baixos, tem hora que a gente está animado, tem horas que a gente desanima mais e eu acho que tem muito haver com a gestão, não tem muito haver com a população. (E3)

Um grande problema enfrentado é a baixa valorização do profissional médico de família por seus pares e a formação universitária, ainda pouco voltada para a atuação em APS. A aproximação entre sociedades médicas, como as de ginecologia e pediatria, para estabelecimento de parcerias e acordos tem sido uma estratégia utilizada para reconhecer e valorizar a nova especialidade de medicina de família e comunidade (ALMEIDA; FAUSTO; GIOVANELLA, 2011).

Essa desvalorização e não priorização das necessidades dos profissionais, traz muitas outras consequências para o trabalhador, interferindo na sua própria saúde. Percebe-se explicitamente nas falas e semblantes dos trabalhadores o quanto estão cansados e necessitados de cuidado.

A gente cansa também, eu faço de tudo pra que o meu atendimento, do número um ao número quarenta seja igual, mas a gente tá cansado. A gente começou a ficar com um estresse muito grande, começou a ficar com uma ansiedade, porque você trabalhar sem condições, uma coisa é você trabalhar em uma UPA com condições, outra coisa é você estar no posto de saúde que é pra atender um nível de complexidade mais baixo e você estar atendendo paciente de complexidade. (E3)

A situação torna-se tão calamitosa que em alguns momentos o atendimento dos profissionais necessita voltar-se para o cuidado dos próprios colegas de trabalho da UAPS. Isto fica bem claro quando uma médica exemplifica um caso em que uma Agente Comunitária de Saúde a sua procura na busca de cuidado.

É importante salientar a necessidade de também produzir cuidado para quem cuida, poder ouvir as angústias, os receios e as tensões destes trabalhadores, acolhê-los nas redes de afetos e de serviços e produzir subjetividades afirmativas (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Eu estava atendendo agora uma agente de saúde que ela veio falar aqui, 'ó o negócio tá complicadíssimo', ele veio conversar comigo sobre isso, tomando antidepressivo, ansiolítico, por que tá difícil. (E3)

Alguns profissionais efetivos, que possuem vínculos trabalhistas mais seguros, ainda ousam a tomar uma postura mais enfática em não aceitar determinadas regras que vão de encontro às prerrogativas da ESF e do cuidado integral. Porém, os profissionais que não possuem esse tipo de vínculo, sentem-se vulneráveis e susceptíveis a represálias.

A minha consulta é centrada no paciente, vendo o paciente de forma integral, daquele jeito que a gente sabe, e eu não abro mão disso... Eu vou atendendo... Deu o meu horário, eu aviso: Sinto muito, terminou o horário, eu vou embora. Ninguém vai me estipular número de pacientes, pra mim não. Eu vou atender o tanto que é o certo, porque tem pacientes que em cinco minutos eu resolvo, mas tem paciente que eu vou ficar com ele aqui uma hora, por que ele tá precisando, então não tem como eu virar e falar: é dez minutos cada paciente, e você fazer uma agenda dessa forma. (E3)

Um mecanismo alternativo e inovador da RAS na Região de Lisboa foi a instituição do plano de carreira aos trabalhadores vinculados à APS direcionada para o planejamento e gestão das práticas da organização; contexto que difere no Brasil, acarretando prejuízos como a dificuldade de fixação de profissionais de saúde como enfermeiros, técnicos e, notadamente, médicos, somado à desmotivação, cumprimento parcial de carga-horária, falta de conhecimento sobre os atributos da APS e visão retrógrada baseada em atividades programáticas sobre a organização dos serviços (LAPÃO *et al.*, 2017).

Essa dificuldade e fragilidade dos vínculos trabalhistas trazem consequências imediatas para resolutiva dos cuidados ao paciente e ainda prejudica os processos de trabalho dos poucos trabalhadores no serviço. As falas dos participantes são uníssonas quando se referem a falta de profissionais no serviço, como se percebe a seguir.

Está bem complicado, principalmente no que diz respeito ao número de profissionais. Nós temos em todas as categorias que trabalham aqui nesse CAPS uma quantidade resumida de profissional [...] E tudo isso acaba interferindo diretamente no tratamento do profissional, ou, do paciente. É muito adoecedor isso! Tinham algumas condições que minimamente diminuía esse sofrimento e agora nós não temos, nós não temos nem perspectivas. Já foram feito duas ou três convocações pra enfermeiro pra este CAPS e eles não ficam. É uma situação horrível, a gente já trabalha aqui sobre pressão. (E7)

Os profissionais, além da fragilidade dos vínculos, relatam também a insegurança nos próprios ambientes de trabalho, seja pelo alto volume de pessoas que têm acesso a unidade, seja pelo apoio ou suporte que a gestão deixa de se responsabilizar. Essa fragilidade interfere diretamente na saúde dos usuários e dos próprios trabalhadores, além do sentimento de impotência frente às dificuldades.

Uma sensação tão esquisita, semana passada nós estávamos nos sentindo totalmente fragilizadas, porque a gente não tem por onde correr num situação de urgência, temos que esperar de 4 a 6 horas por um atendimento de urgência, nós não temos condição física aqui dentro que me minimize as situações de crise. (E7)

A gente se sente sem voz, não diante do serviço, mas diante da gestão, porque já tivemos muitas respostas com os profissionais que estão no serviço: 'vão ter que se virar'. Então, muitas vezes a gente deixa de exercer a função de uma forma melhor por conta de tá, vulgarmente falando, tapando buraco. Enquanto enfermeira, eu poderia estar com mais grupos, fazendo mais terapias, fazendo mais planos terapêuticos com os pacientes... Eu acho que, enquanto enfermeiro, a gente pode fazer muito mais, se o serviço tivesse os profissionais na quantidade adequada. (E8)

Surgem ainda entraves quanto ao sistema utilizado pela SMS para registro da frequência eletrônica, sendo necessária a presença dos trabalhadores na própria unidade, no início e no fim do turno de trabalho para sua efetivação. Apesar de necessário, observa-se muitas reclamações por parte de alguns trabalhadores que executam suas atividades extramuros, como os ACS's. Estes relatam que perdem muito tempo realizando este percurso, pois muitas vezes, seu território de atuação é distante da unidade de trabalho.

Identificou-se a constante presença dos ACS's na unidade, mesmo quando fora do tempo destinado a reuniões de equipe. Este fato gera inconformismo dos usuários, pois estes afirmam que os ACS's não fazem os cadastramentos e visitas em suas residências, dificultando o acesso aos serviços de saúde disponíveis. Os ACS's por sua vez, relatam a sobrecarga de serviços e extensa área territorial que devem cobrir.

Sanitária e do próprio SUS. É ele que diz respeito diretamente à forma dos serviços se organizarem, envolvendo os saberes de profissionais, de usuários e da comunidade, buscando amalgamar, nos planos da gestão e da assistência, a qualidade técnica do trabalho ao sentido político de direitos e cidadania envolvidos na construção de um cuidado efetivo à saúde.

Nesta pesquisa as concepções do cuidado integral nas falas ainda apresentam-se limitadas e bem diminuídas em comparação ao sentido amplo e real do conceito, retratando as necessidades dos pacientes associadas a um único aspecto, geralmente voltadas a medicação, exames ou procedimentos médicos separadamente, embora ainda se perceba uma tentativa de reconhecimento dessa amplitude, demonstrado essa percepção em aspectos específicos e isolados da assistência, como mostram as falas a seguir:

A gente não nega atendimento. Como é que eu vou voltar um paciente que está sem a medicação? Se ele tá precisando da medicação! Porque se o paciente está procurando a gente tem que entender que ele tá procurando porque ele tem uma queixa, tudo bem que a queixa dele pode não ser aguda, que ele não precisa ser atendido hoje, mas eu preciso dar uma resposta para ele de quando ele vai ter esse problema resolvido. (E1)

É muito complicado, mas assim, vai da conversa mesmo com o paciente, de você conseguir abordar isso, e aí você ir além do simples perguntar ao paciente se tá sentindo dor ou não está sentindo. (E2)

O cuidado integral, você teria que fazer a visita domiciliar, você tem que se reunir com a equipe, você tem que chegar e fazer grupo. O que a gente tá conseguindo fazer é: se informar com as agentes de saúde o quê que tá acontecendo e tentar fazer um cuidado nos pacientes, fazendo com que eles venham para o posto, dando um jeitinho pra que eles venham. (E3)

Assim como no estudo de Amorim e Lavrador (2017), alerta-se sobre ter atenção com relação ao modo de cuidado, para que este não seja pautado na doença ou em algum diagnóstico. Ao diminuir o sujeito nisso, pode-se interromper um processo de subjetivação para novos modos de existência na vida e nos espaços que ele ocupa. Esses modos de existência ultrapassam os moldes de cura que muitos desejam impor no cuidado à loucura, ou a qualquer outro aspecto.

O sistema na qual esse cuidado é inserido está em constante construção, ainda engatinha para a completa realização do cuidado integral. Com isso, na análise das falas dos participantes da pesquisa, identificou-se que grande parte das UR se referiam as fragilidades que o sistema apresenta, seja desde o primeiro acesso que o usuário necessita até o encaminhamento almejado para o cuidado do mesmo, além de constantes comparações com o que é preconizado pelos princípios de universalidade, equidade e integralidade...

A gente tinha um atendimento de acompanhamento agendado em que os pacientes eram vistos como uma frequência, que tinham vínculo mais forte entre a sua equipe

e o profissional que atende ele diretamente, principalmente o enfermeiro, o médico e o agente de saúde. E hoje a gente vê que esse vínculo está praticamente inexistente, porque o paciente vem pra demanda, consegue renovar sua receita e não volta mais [...] (E1)

Todo mundo atende o mesmo paciente, mas você não ter uma coisa que é conjunta, você não está tendo saúde integral. Você não está trabalhando com interdisciplinaridade. Você está trabalhando paralelamente [...] (E3)

Segundo os participantes isso contrasta com a realidade de outrora. Segundo alguns outros autores, existia uma parceria mais ampla com dispositivos existentes no território, como grupo de idosos, movimentos sociais e grupos de terapia comunitária. Além disso, haviam também reuniões de planejamento e organização do Apoio Matricial, nas quais essa atividade era repensada e avaliada por parte dos profissionais que a compunham. Além de constantes tentativas de sensibilizar os profissionais que ainda não tinham aderido ao Apoio Matricial, buscando esclarecer os objetivos dessa estratégia e a importância que ela tem para a população e para o fluxo adequado entre os serviços, convocando-os nessa ocasião a fazer parte desse processo (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Esse tipo de estratégia, apesar do reconhecimento de importância, está completamente inexistente, o Apoio Matricial não acontece nestas relações, nem em um sentido reduzido do seu conceito. Alguns trabalhadores mais recentes aos serviços chegam até mesmo desconhecer o que o termo significa, confundindo-o com outras estratégias.

Matriciamento. Eu acho que eu vi realmente de fato acontecendo, por volta de 2010 até 2012, por aí... Depois disso, não dou conta. (E1)

O matriciamento a gente faz! Todas as agendas dos médicos e enfermeiros foram feitas de acordo com isso... Foi feito todo o matriciamento da agenda com base nisso, porque eu tenho mais, então vai abrir mais vagas na minha agenda para atender aquela população e eles acabam que ajustando isso conforme o dia a dia a gente vê que tá sobrando muito paciente... a gente reduz as vagas e abre pra outra coisa que tá tendo mais necessidade [...] (E2)

Apesar disso, destaca-se que um dos principais benefícios proporcionados pelo Apoio Matricial é a possibilidade da efetivação do trabalho em rede e da comunicação entre os profissionais dos diversos serviços que a compõem, o que conseqüentemente aumenta o leque de possibilidades de assistência aos usuários do SUS. A necessidade de estabelecer parcerias instiga os profissionais a acionar dispositivos da rede com os quais eles não contam ou dos quais não tem conhecimento (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Autores renomados sobre assunto, como Almeida, Fausto e Giovanella (2011), afirmam que o “matriciamento”, é a estratégia para promover interlocução entre distintos equipamentos da rede de serviços de saúde com o objetivo de organizar o processo de

trabalho e aumentar a resolutividade das equipes de APS, esta estratégia destaca-se entre as inovações para qualificar as ações da ESF, ao prever que especialistas apoiem profissionais de APS por meio de interconsulta, discussão de casos clínicos e capacitações, além de funcionar como referência.

No contexto da RAPS, acredita-se que através do Apoio Matricial, é possível trabalhar com os profissionais da Atenção Primária de maneira que os mesmos se tornem aptos a receber essa demanda e acolhê-la sem necessariamente ter que encaminhá-la a um serviço de saúde mental ou negligenciar suas queixas (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Nesse contexto, de falta de recursos e estratégias importantes para o fortalecimento do cuidado integral, os profissionais sentem descreditação no processo imposto e reconhecem que um sistema que não é capaz de acompanhar diariamente o paciente, não é suficiente para atender as necessidades existentes.

A meu ver [O Cuidado Integral], ele não está conseguindo ser instituído. Porque como é que eu vou dizer que eu estou tendo o cuidado integral com paciente que eu não consigo acompanhar. Principalmente aos pacientes crônicos, que são os pacientes que a gente sabe que deveria ter um olhar mais aproximado, ter um vínculo, estar acompanhando esse paciente com ritmo mais regular e a gente não consegue. (E1)

Um problema que se faz presente, e talvez seja um dos mais complexos a se resolver, pois também envolve outros setores de atuação, como o da educação, fazendo parte de um contexto social bem mais amplo, se refere às concepções que a população adquire sobre determinados conceitos e idealizações de estratégias que são pensadas de forma isolada ou idealizada, mas quando postas em prática e não bem operacionalizada, acaba ganhando outro sentido e, muitas vezes, distorcido do objetivo primário.

Consequentemente, essas percepções equivocadas ou simplistas acabam interferindo nos “jeitinhos” que a população brasileira cria ou encontra para tentar solucionar seus problemas e necessidades de saúde, e porque não dizer, sobrevivência.

As pessoas acham que o acolhimento é para elas terem acesso ao médico na hora que ela chegar na unidade e isso é mais reforçado ainda pelo fato de que a gente não dá conta com as nossas vagas para agendamento... A população vai se adequando, e vai procurando o que ela acha mais fácil. (E1)

Tem que perguntar [sobre as condições de saúde do paciente], tem que ter essa conversa, e às vezes eu acho que prejudica um pouco, por essa questão: ‘tem que atender todo mundo’! (E2)

Os pacientes estavam achando que o posto de saúde era uma UPA, então eles vinham com problemas que eram problemas muito mais sérios e a gente não tem condições de pegar aqui, porque a gente não tem material[...] (E3)

É preciso, no entanto, ter certa cautela ao julgar equivocadamente a população por realizar certos “jeitinhos”, nem sempre os melhores ou politicamente corretos, quando tenta encontrar alguma solução para suas demandas. Os entraves e a situação da saúde pública no Brasil tem suas raízes na esfera social, contexto bem mais amplo e complexo que algumas situações isoladas. O problema da saúde, ou a falta dela, é apenas a ponta do *iceberg*, a parte aparente dos problemas de muitos cidadãos brasileiros.

Dar visibilidade às estratégias que os profissionais inventam para enfrentar o desafio do estabelecimento das conexões das redes na efetivação de uma política pública de saúde que aponte para a produção de vida não é tarefa fácil. No entanto percebem-se desvios, ou pequenos gestos, iniciativas, que se configuraram como produção de redes rizomáticas, criando movimentos e conexões inusitadas que produziram potência, ou minimamente, deram ensejo a outros modos de funcionamento nas relações entre pessoas, serviços e território (MAXIMINO, *et al.*, 2017).

A questão da falta de recursos recai como praxe em todos os serviços de saúde da rede pública no Brasil. Apesar do subfinanciamento do sistema, não podemos restringir a única causa como sendo esta. É preciso pensar o modelo de gestão que está sendo realizado, antes que estratégias e ferramentas já consagradas por diversas evidências e pesquisas científicas percam validade e espaço nos contextos de vida por interesses políticos que não tem haver com as reais necessidades da população.

Acaba sendo um pronto atendimento, você descaracteriza totalmente a ESF. A gente não tem tempo de fazer a visita domiciliar, a gente não tem tempo de fazer grupo, a gente não pode sair da unidade. O carro a gente tem que planejar, tem que dizer os dias que a gente vai fazer a visita domiciliar, planejar para o mês, só que eu não tenho condições de marcar um horário na minha agenda porque nem sempre eu vou estar com a agente de saúde disponível ou a enfermeira, porque com esse negócio de sete as sete, bagunçou [...] (E3)

Os profissionais, inclusive, reconhecem essas questões e levantam reflexões sobre quais são realmente os objetivos ou intenções de todas as mudanças e descaracterizações que o SUS está sofrendo atualmente. Ações como essas precisam ser incentivadas e motivadas para que o movimento de reflexões sobre o SUS continue se adequando a cada nova necessidade que surge nas entrelinhas do cotidiano vivido *in loco*.

As prioridades que são instituídas, a meu ver, são muito restritas, com intenções que talvez não sejam bem a melhoria das condições de saúde da população. (E1)

É preciso ter atenção também às estratégias, ou mesmo os “jeitinhos” que a própria gestão e os profissionais criam para conseguirem estabelecer o mínimo de cuidado ao

paciente. Nesse contexto, enfatiza-se que a não priorização de soluções efetivas e a criação de ações “tapa buracos” sobrecarregam em outro ponto o sistema de saúde, além de que, tais ações distanciam-se da efetivação do cuidado integral.

A gente encaminha o paciente pra lá [ESF] pra pegar a receita da medicação dele, e aí, esse encaminhamento deveria ser agendado pra que o paciente não esperasse muito tempo, pra que o paciente não fique sem a terapia medicamentosa dele. Tem algumas unidades que tá sendo agendado pra mais de um mês pra pegar a transcrição da receita. A receita ele só recebe pra dois meses, ele não tem acompanhamento médico a cada dois meses e principalmente se ele não tiver médico aqui no serviço, aí é que o tempo vai ficar longo mesmo [...] (E7)

Em alguns serviços, como no CAPS, as dificuldades com o cadastramento e referenciamento são mais demorados ainda, principalmente pela questão burocrática, quando toda a parte documental obrigatória e necessária ao atendimento dos usuários do serviço é feita manualmente. Os profissionais sentem essa dificuldade, e enfatizam ainda o processo de regulação e controle de vagas sendo como o mais agravante.

Não tenho nada informatizado aqui, não temos acesso a vagas no sistema, não temos acesso a regular o sistema de regulação... É ligando mesmo pra saber se tem vaga no CAPS 24h, se tem vaga no hospital de Messejana [Hospital Mental] [...] (E7)

A situação ainda consegue ficar mais crítica quando a necessidade de encaminhamento é urgente. Quando algum paciente entre em crise, e o serviço não é capaz de dar a assistência necessária e há a necessidade de transferência, os profissionais ficam a mercê e ainda suscetíveis a agressões físicas.

Não temos suporte de urgência móvel dentro de Fortaleza, nós temos uma ambulância psiquiátrica pra Fortaleza e pra região metropolitana. Semana passada nós tivemos uma crise aqui, acredito que era mais ou menos 15/16h da tarde, num era nem isso tudo, a ambulância chegou aqui 21h da noite, o paciente em crise quebrando tudo, inclusive agredindo os profissionais. (E7)

Apesar dos relatos de agressão aos trabalhadores de saúde mental pelos usuários, e não minimizando essas ações, a violência ao profissional é uma situação que é vivenciada em vários ambientes de trabalho, não somente na saúde mental. Há na nossa cultura uma ideologia bastante presente de que as pessoas com transtorno mental são perigosas e, por isso, necessitam de isolamento. Além disso, nós não temos controle sobre o desenvolvimento da “crise em si” do outro. Ou seja, não podemos mensurar como será a reação da pessoa em seu momento de crise, mas podemos trabalhar de forma que não haja culpabilização dos atos do usuário durante esse processo, até mesmo porque nem todo processo de crise apresenta atitudes violentas (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

Ainda assim, evidencia-se certa preocupação com o bem estar dos pacientes e os sentimentos que eles carregam frente ao descaso que eles enfrentam com sua saúde. Reconhecem a falta que o serviço tem de não ser resolutivo e atribuem, mais uma vez, as prioridades que a gestão determina. Quando se trata da saúde mental e dos CAPS, esse contexto é ainda mais sério, um verdadeiro “buraco negro” na saúde, como se vê nas falas a seguir.

Eles se sentem abandonados, disso eu não tenho dúvida, a gente escuta isso diariamente, mais pela gestão de uma forma geral. Pra um paciente que tá sem acompanhamento médico a mais de um ano, como nós temos aqui muitos, não ter um médico pra acompanhar, não ter o médico pra fazer a prescrição, é um problema que ele quer resolver aqui, porque o tratamento dele é aqui, e ele tem razão. (E7)

É perceptível à angústia dos pacientes na situação que eles estão vivendo, por que o serviço era pra se responsabilizar por ele, dar a assistência que ele precisa. Você imagine ele saber que era pra contar com o CAPS, vem para cá pedir ajuda, e eu tenho que mandar esse paciente de volta para outro local. Pra eles, eu tenho certeza que não tá suficiente. Eu tenho certeza que é angustiante para eles, todos os dias a gente escuta deles as mesmas reclamações. Por mais que a gente tente, não está sendo eficaz, porque não é legal você tá mandando paciente para posto só pra renovar receita. Era para ser uma assistência mais completa. (E8)

Quanto ao que se observa nas especificidades estabelecidas pela gestão, observa-se que as estratégias que foram criadas e implementadas foram incorporadas completa ou parcialmente, variando de acordo com os contextos e sujeitos envolvidos, porém nem sempre foram aceitas e incorporadas pela população da forma com que foi idealizada. Essa característica ora corrobora com a amplitude do serviço, ora desvirtua as ações desestruturando e enfraquecendo o cuidado ofertado.

Surgem também, nas falas dos participantes, estratégias que podem contribuir para o fortalecimento do cuidado integral. A corresponsabilização aparece como sendo de suma importância, levando em conta que o usuário precisa estar ciente de suas condições e necessidades, para que em conjunto com os profissionais e os serviços disponíveis pelo SUS possam encontrar a melhor forma de cuidar de si. Chamando atenção ainda para a responsabilidade do próprio usuário como coparticipante deste processo.

A gente tem que entender que a responsabilidade do cuidado em saúde é dos dois lados. É uma corresponsabilização, e pra esse paciente ser corresponsabilizado, a gente precisa trabalhar nele o desenvolvimento da autonomia. A gente precisa desenvolver no paciente, ele precisa conhecer qual o seu problema... Autocuidado precisa ser promovido, e promovido através de conhecimento, através de educação e saúde. (E1)

Propõe-se que a relação afetuosa entre trabalhador e usuário seja muito importante durante esse momento para a construção de outras possibilidades nas intervenções. Faz parte

desse contato o ato de respeitar esse momento, mesmo quando envolve as crises da pessoa com transtorno mental e saber ouvir os delírios que estão sendo produzidos intensamente. Durante esse encontro, em muitas vezes, o trabalhador amplia a sua sensibilidade para compreender e analisar esse cenário que ali se constrói, e toma decisões importantes para sua ação. Porém, deve ficar claro que lidar com este contexto não é fácil e exige do profissional uma postura ética e de cuidado (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

O vínculo é tido como fundamental para o estabelecimento das relações que são essenciais a um cuidado que precisa ser vivo, estar em constante movimento e adequando as diversas necessidades que os usuários podem apresentar. É preciso que o usuário sinta que alguém se importa com ele e com as condições que o levaram ao estado em que se encontra. Porém, com as dificuldades no estabelecimento de contato e acompanhamento dos pacientes, o vínculo torna-se frágil, não sendo o suficiente para criar relações de confiança e respeito entre ambos.

[Com o vínculo] ele já se sente mais aberto pra falar, por que outras vezes já se consultou com a gente, já sentiu que foi criado aquele vínculo. O fortalecimento vai mais do dia a dia, da atenção que você dá para o paciente[...] Na hora que você acolhe bem o paciente, que você escuta, que você dá as orientações, pronto, ali ta formado o vínculo, ali ele se sente bem recebido, ali ele sente bem acolhido, sente que tem profissionais que estão dando atenção. Então é aquele paciente que costuma voltar. (E2)

A territorialização surge como ferramenta fundamental para que o profissional conheça o ambiente em que ele atua, possibilitando assim reconhecimento das necessidades mais urgentes e assim possa realizar um planejamento de suas ações dentro daquele território e população adscrita. Embora nem sempre seja possível contar com todos os recursos necessários a utilização desta ferramenta, pois esta muitas vezes pode ser extremamente exaustiva e onerosa, é importante que o profissional se disponha a executá-la levando em consideração os inúmeros benefícios que esta ferramenta pode propiciar.

Eu penso que para você planejar a assistência, esse cuidado integral, você precisa saber qual é essa população, pra quem você vai prestar esse atendimento. O meu território fui eu que fiz sozinha toda a territorialização dele. Então assim, hoje eu consigo ver todo o território, ver um mapazinho desenhado. Foi punk, foi só eu e o motorista[...] Foi difícil, mas acho que depois é muito bom, organiza muito o serviço. (E2)

Nesse contexto, Amorim e Lavrador (2017) referem que o encontro com o outro deve respeitar a livre produção subjetiva da realidade social, com o rompimento ou não do lugar de origem em que o outro está inserido, através dos tensionamentos contínuos e

sucessivos dos processos de mudança. E esses processos se dão pelos movimentos de desterritorialização, reterritorialização e territorialização dos espaços existenciais.

Surge também uma nova atuação referente a um dispositivo existente há bastante tempo nos serviços, mas que agora ganha um papel complementar e quase que substitutivo a alguns serviços que deveriam ser ofertados pelo sistema de saúde. As universidades, ao colocar seus alunos em campo e garantir alguns insumos para que os estagiários possam colocar em prática seus conhecimentos, garantem também certos cuidados e assistência aos usuários que usufruem destes serviços.

O que acaba nos ajudando muito são as universidades, então a gente recebe os alunos, alunos da nutrição, da odontologia, da enfermagem. Então muitas vezes quem acaba no ajudando nesse processo é a academia, é a universidade. (E2)

Quando você tem o ensino integrado, dentro do serviço, você refresca o serviço, por que você traz carga nova, então você está sempre estudando, você está sempre se renovando, você tá querendo mostrar, você tem que ser exemplo. Então se você tem que ser exemplo, você tem que fazer o seu melhor. (E3)

Embora seja positiva e inegável a contribuição das universidades, percebe-se uma lacuna bem extensa na falta dos profissionais que atuavam nos NASFs, certas demandas que eram resolvidas na própria ESF, hoje só é possível com o encaminhamento destes à outros serviços. É necessário, portanto, a (re)institucionalização de serviços que garantam o apoio que as equipes da ESF necessitam, para garantir um cuidado integral contínuo e permanente, como os NAFs eram habilitados a realizar.

Tais serviços são evidenciados em trabalhos anteriores realizados a este, neste mesmo cenário, quando existia, além das equipes de Saúde da Família e dos profissionais de saúde mental, eram parceiros do Apoio Matricial os profissionais do NASF e da Residência Multiprofissional de Saúde da Família e Comunidade, atuando como equipe de apoio aos profissionais da ESF (TATMATSU; ARAÚJO, 2016).

Diante de tantas fragilidades e desarranjos, alguns profissionais começaram a desenvolver determinadas técnicas, que segundo eles, embora isoladamente, alteraram benéficamente a forma de cuidar, buscando tornar possível a continuidade do cuidado, a manutenção do vínculo, sem fugir completamente das determinações feitas pela gestão. Como se identifica na fala seguinte, uma dessas alterações.

A gente resolveu fazer o seguinte, uma coisa mista, você tem uma enfermeira que fica no acolhimento, só que ela não está somente para o acolhimento, ela tá resolvendo algumas coisas da área dela também e os médicos estão cada um fazendo a sua demanda programada e aí se chegar, por exemplo, um paciente da minha área e eu estou no posto, eu tenho que atender aquele paciente, eu tenho que acolher aquele paciente. (E3)

Faz-se importante dar destaque a construção de um plano terapêutico singular e eficaz, essa ferramenta fortalece o cuidado centrado no usuário, amplia a rede de cuidado e há atuação de vários profissionais. Além disso, é nítido o desenvolvimento dos pacientes quando estão inseridos em outras estratégias de cuidados que, não somente, estão centradas na terapia medicamentosa.

A gente vê mudança realmente no quadro do paciente que há muito tempo está com determinada medicação e parecia estável, mas, a partir do momento que é feito um plano terapêutico para ele, que é a introdução nos grupos, a gente vê muita diferença, inclusive na forma de se expressar dos pacientes. Vejo muito resultado nos grupos. (E8)

Com isso, percebe-se que é necessário esclarecer e planificar instrumentos e ferramentas que sejam viáveis para uso na assistência à saúde. As cartilhas, como por exemplo a da criança, da mulher, do idoso são levantados como ferramentas que facilitam a comunicação em rede. Passam a ser consideradas como documentos e assim necessárias em cada atendimento, não sendo esquecidas pelos usuários e fundamentais na busca de um cuidado continuado. Como na fala: *Agente atende conforme os cadernos do ministério da saúde, e a gente sempre tenta fazer muito o link entre o médico e a enfermeira.* (E2) Porém, ressalta-se novamente cautela e atenção na execução de tais protocolos, não devendo o atendimento ser pautado apenas nesses instrumentos.

Identificou-se que foi aderido ao sistema de atendimento do usuário do município de Fortaleza o prontuário eletrônico. Este é levantado como uma ferramenta que pode muito contribuir com o cuidado integral do usuário do SUS, porém ainda é subutilizado, uma vez que só existe nas UAPS e serviços municipais, não havendo ligação com os demais serviços presentes na RAS.

Esse tipo de tecnologia já presente em alguns outros países, como Portugal, onde foram implantadas as Redes de Referência, que regulam, dentro de uma nova arquitetura institucional, as relações de complementaridade e de apoio técnico entre as entidades intervenientes por meio de um prontuário eletrônico, de forma a promover o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que efetivamente necessitam, bem como sustentar o sistema integrado de informação interinstitucional (LAPÃO *et al.*, 2017).

Com esse prontuário a gente tem esse acesso mais fácil, você consegue visualizar esse histórico do paciente, no entanto tem as falhas, primeiro para que realmente funcione adequadamente, os profissionais precisam aderir ao preenchimento do prontuário adequadamente, então o profissional tem que ter a responsabilidade de ao atender o paciente, colocar o máximo de informações possível. (E1)

Esse prontuário ele está disponível nas unidades de saúde, é só na atenção básica, não sei se é o mesmo sistema dos Gonzaguinhas da rede municipal, mas ele é do município[...] Fica restrito por conta disso, por que é só na rede municipal e não é tudo. (E2)

Nós não temos nada informatizado aqui [CAPS], nosso prontuário ainda é o prontuário físico, então a gente não tem esse manejo em relação ao sistema pra conduzir esse paciente pra encaminhar, pra ver como é que tá o retorno dele, a gente ainda não tem [...] (E7)

O prontuário eletrônico é uma ferramenta desenvolvida especialmente para suprir as necessidades da rede pública de atendimento na área de Saúde. O sistema gerencia o acesso dos usuários ao sistema de saúde. Sua utilização permite diminuir a repetição de solicitação de exames e encaminhamentos através de validações parametrizadas e de acesso on-line a todo histórico do paciente durante seu atendimento. (FASTMEDIC, 2017).

Possibilita a organização dos processos de trabalho nas UAPS, auxiliando no planejamento da agenda dos profissionais, procedimentos e visitas. Torna possível o controle da prescrição dispensação e estoque de medicamentos. Emissão automática do BPA para faturamento dos procedimentos ambulatoriais, a partir do registro das informações contidas no sistema e, que por estarem de acordo com as regras do SIA, elimina a possibilidade de glosas nas faturas apresentadas. Informações padronizadas com os sistemas do Ministério da Saúde, permitindo a integração de BPA, SIAB, SISPRENATAL entre outros (FASTMEDIC, 2017).

No entanto, ainda são evidentes algumas dificuldades que os participantes são enfáticos em afirmar, principalmente no quesito de armazenamentos dos dados e nas informações que esse sistema deveria fornecer.

Porque hoje em dia a gente não tem mais que fazer o SSA 2, que era um dos mapas que a gente preenchia, e que a gente tinha esse controle de quantos hipertensos, diabéticos, gestantes, crianças eu tenho na minha área, e aí eu não consigo saber, e o sistema não me dá essa informação, e isso complica demais, porque a gente não tem. (E1)

Evidencia-se também o uso de tecnologias na assistência ao profissional em caso de dúvidas sobre alguma terapêutica. A ferramenta do “Telesaúde” é utilizada para que os profissionais possam interagir com especialistas sobre a conduta a seguir em alguns casos mais complexos. No entanto esse serviço ainda é direcionado ao profissional médico e subutilizado pela falta de divulgação, a população não utiliza esse serviço.

Essas ferramentas também são utilizadas em outros países com uma abrangência ainda maior, como em Portugal, quando se utiliza, para a coordenação da RAS, equipamentos de telecomunicações e tecnologia digital, como os Projetos de Telemedicina e

Telenfermagem, que possibilitam cuidados de saúde à distância, fornecendo informações aos doentes, favorecendo ações preventivas e criando alertas a enfermeiros e médicos que podem por contato direto com o paciente, mudar terapêuticas e hábitos sem recorrer a novas consultas (Lapão *et al.*, 2017).

Quando perguntados sobre determinadas tecnologias, os profissionais referem a existência da tecnologia, mas não se estendem sobre a forma de funcionamento, profissionais alvos e etc. *Assim, a gente sabe que tem o Telessaúde. (E1)*

É preciso repensar e criar estratégias que fortaleçam o sistema de atenção à saúde de forma que os profissionais estejam mais inseridos nos processos de tomadas de decisão. Contribuindo no planejando e intervindo de forma participativa na gestão de todo o processo de cuidado, levando em conta prioritariamente as condições de saúde da população. Os participantes também reconhecem essas necessidades, como se percebe nas falas a seguir...

Repensar enquanto a gente ainda tem tempo, porque como são doenças crônicas a gente sabe que eles vão, em algum momento agudizar, eles vão complicar, e isso é fato, vamos esperar para ver se a gente não fizer nada, porque vai acontecer. A gente tem que repensar isso, tem que repensar esse fluxo, tem que repensar essa estratégia, porque eu acho que quando ela foi montada, ela não foi pensada desse jeito, tenho certeza que não! (E1)

Como se verifica, não são poucos nem pequenos os desafios colocados para a efetivação da integralidade, seja no plano da atenção, da gestão ou da construção de políticas. Todavia, e em que pesem a eficácia e a potência sempre relativas dos modelos de atenção em saúde em face das realidades concretas e complexas, a continuidade e radicalização do processo de implantação das redes de atenção parece ser um caminho possível, desde que não perca sua sintonia com as demais esferas de reconstrução das práticas de saúde e ouça as múltiplas vozes que defendem, com o princípio da integralidade, o direito de todos à saúde (KALICHMAN; AYRES, 2016).

Reflete-se sobre qual é o cuidado que está sendo construído com essa precarização dos serviços. Há momentos em que o trabalho se pauta somente no medicamento, pois não há vagas para o usuário participar de outras possibilidades, sejam elas terapêuticas ou não. Depois, ao entrar num outro espaço, há o trabalho de desconstrução com o usuário a respeito de sua dependência com a medicação: dizer que não será somente esse método que irá disparar nele outros modos existenciais e afirmar que outras alternativas podem ter efeitos mais significativos para ele. Tudo isso após um longo tempo de espera por, primeiro, uma consulta médica, e, posteriormente, por outros dispositivos de cuidado no serviço de saúde (AMORIM; LAVRADOR, 2017).

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas apontaram as inferências emergentes deste estudo encontradas nas nuances da prática da assistência à saúde no município de Fortaleza – Ceará. A ESF vem passando por um intenso processo de descaracterização na sua forma de operação, tendo em vista que as estratégias para se conseguir promover o cuidado integral estão sendo subutilizadas ou mesmo extintas dos serviços por prioridades de condutas e procedimentos ambulatoriais, associada há uma extensa lista de produção ambulatorial e atendimento imediatistas, sem a marcação de consultas. No cenário nacional, as políticas públicas que deveriam ser o ponto de partida, o referencial para a execução das ações da APS, como a Política Nacional da Atenção Básica, estão sendo pomenorizadas e bombardeadas com retrocessos de direitos e funcionalidades conquistados ao longo de uma trajetória de lutas e desafios.

As estratégias da corresponsabilização, vínculo e territorialização são evidenciadas como as mais essenciais na busca pela efetivação de um cuidado integral resolutivo e efetivo, levando em consideração as condições estabelecidas no atual cenário político e social em que a população de Fortaleza se encontra, embora ainda sofram substancialmente consequências das demandas que a gestão propõe.

O principal marcador de atendimento dos usuários atualmente está sendo realizado prioritariamente pelo acesso desses através de demanda espontânea. Esta alternativa, todavia, altera o modo operante da ESF com suas consultas e atendimentos programados, gerando desorganização e sobrecarga dos serviços, bem como descaracterização de estratégias fundamentais a construção do cuidado integral. Com isso, o acolhimento passou a ser percebido como um simples procedimento de triagem dos usuários ficando aquém de uma prática efetiva de acolhimento, criação de vínculo, programação de demandas, estabelecimento inicial de um plano terapêutico singular e etc.

Em consonância a isso, a ausência do Apoio Matricial e dos NASFs deixam uma lacuna imensurável no estabelecimento da RAS, uma vez que os profissionais da ESF perderam o apoio no estabelecimento de um plano terapêutico mais completo para aqueles pacientes que apresentam um quadro de saúde mais complexo e difícil de ser estabelecido. Isso inibe e enfraquece as atuações multiprofissionais e interdisciplinares conquistadas através das lutas em busca de melhorias para a saúde.

O Telessaúde surge como ferramenta potencial para a melhoria do atendimento ao paciente, contribuindo para a resolução de problemas concretos e mais complexos, ajudando e apoiando os profissionais da ponta dos serviços na construção de um projeto terapêutico singular, o cuidado integral e fortalecimento da rede de atenção à saúde.

Ademais, ressalta-se o papel das universidades que vem ganhando destaque no atendimento às demandas da população, uma vez que atuam como substitutivos a algumas demandas dos serviços. A disponibilização de insumos para as práticas dos alunos estagiários dessas instituições garantem que parte das demandas dos serviços seja suprida através de suas ações, beneficiando não somente ao serviço em si, mas a população principalmente.

A regulação de vagas pela secretaria municipal de saúde é a principal forma institucionalizada de gerenciamento do fluxo de vagas disponíveis no sistema de saúde, porém, os profissionais que atuam na ponta da assistência ainda não conhecem profundamente como acontece e quais os critérios estabelecidos para a priorização dos casos. Além disto, outro entrave é a demora no surgimento de novas vagas e o prazo curto de validade dos encaminhamentos, prescrevendo antes que a vaga seja estabelecida.

Nesse sentido, o prontuário eletrônico é apontado como um facilitador da continuidade do cuidado integral, uma vez que possibilita a visualização do histórico do paciente pelos profissionais e conseqüentemente os caminhos que já percorreu na rede de atenção, possibilitando convergência dos dados e até economia para o sistema. Porém é preciso que haja a correta utilização e preenchimento pelos profissionais e adequações a realidade do município em questão.

Diante de tais condições, a população está sempre se moldando e encontrando alternativas que possam suprir suas necessidades de saúde, é essa característica que torna essa rede viva e dinâmica. No entanto, algumas vezes esse “jeitinho brasileiro” pode reduzir sentidos e significados de uma determinada conduta, traduzindo-a em uma simples transcrição de receita ou realização de um exame. Vale destacar que esse jeitinho é fortalecido pela própria gestão, quando em vez de solucionar os problemas de forma efetiva, realiza ações “tapa buracos” que na verdade só enfraquecem a rede e sobrecarregam os demais segmentos da rede.

As prioridades que a gestão escolheu para direcionar o fluxo de atendimento são apontadas como uma das principais causas de problemas gerados no funcionamento do sistema. Tais prioridades não coincidem com as reais necessidades da população que deveria ser cuidada, gerando dúvidas sobre as reais intenções nas mudanças impostas, além de beneficiar uma pequena parcela da população seletivamente.

Além disso, atitudes equivocadas, como a imposição de rotinas e ações imediatistas, como o encaminhamento dos usuários dos CAPS para a ESF apenas para a transcrição de receitas fragmentam o cuidado e ainda faz com que os usuários percam seu ponto de referência para o desempenho do seu autocuidado.

O cuidado em saúde mental realizado na ESF encontra-se extremamente reduzido e simplificado ao encaminhamento para o CAPS, porém até esse encaminhamento ainda não acontece efetivamente. Os profissionais, equivocadamente, entendem que o cuidado a transtornos mentais, mesmo quando leves, devem acontecer exclusivamente nos CAPS, o que contradiz a Política de Saúde Mental, tendo em vista que compete ao CAPS assistência apenas aos casos de transtornos mentais graves e persistentes.

O estigma dos usuários dos serviços de saúde mental serem agressivos ainda dificulta o estabelecimento de vínculo e conseqüentemente interfere na assistência que este público necessita, repercutindo diretamente em seu estado de bem estar, assim como na satisfação dos profissionais de atuarem nesses espaços de cuidado. Esse estigma pode estar sendo produzido e reproduzido pelas próprias pessoas que deveriam estar combatendo esse preconceito, o que repercute diretamente no cuidado, uma vez que o vínculo que o usuário possui com o serviço pode ser fragilizado, dificultando ainda mais a execução do cuidado.

Quando se trata de transferência do CAPS para outro ponto de atenção à saúde o processo torna-se mais exaustivo e dificultado por não existir uma rede de comunicação mais efetiva entre os serviços, sendo o processo realizado pelos próprios profissionais que estão atuantes no serviço. Em situações de crise, a situação é calamitosa por não haver ambulâncias suficientes para dar conta desta demanda específica.

Esse não suprimento das necessidades dos usuários que possuem algum transtorno mental na ESF, posteriormente nos CAPS, geram os encaminhamentos ao Hospital Mental sobrecarregando este serviço com demandas que poderiam ser resolvidas facilmente na APS ou na atenção secundária se houvesse o quantitativo adequado de profissionais nas instituições anteriores e se o modelo de atenção fosse coerente com a continuidade do cuidado.

A Saúde Mental no município de Fortaleza encontra-se inserida em um verdadeiro buraco negro da saúde. Essa afirmação é confirmada pelos participantes, hora por atitudes de negligência dos gestores e também trabalhadores, hora por verdadeiros retrocessos nas políticas de saúde e do desejo intrínseco de retorno às práticas manicomializantes.

A avaliação feita pelo PCATool permite perceber o quão frágil os serviços disponíveis na atenção à saúde são incipientes para a concreta efetivação dos atributos da

APS, não estabelecendo níveis adequados e satisfatórios para as médias dos escores gerais e essenciais, seja na visão dos usuários e profissionais, apesar de para estes últimos o valores das médias estarem um pouco acima.

Na avaliação dos componentes da integralidade, os valores dos escores ainda se apresentaram mais baixos, mostrando que quando se trata do princípio da integralidade o nível de satisfação é inferior quando se avalia de forma generalista a atenção à saúde. Dito isto, comprova-se o quão complexo é tornar este princípio palpável aos que fazem uso do SUS.

Os profissionais encontram-se desacreditados com o sistema na qual trabalham, seja em questões referentes ao atendimento ou serviço que prestam, seja referente às condições de trabalho ou vínculo trabalhista que possuem. Esse ponto enfraquece o sistema de saúde, pois se percebe que os profissionais deixam de investir tempo e dedicação em ações de melhoria e educação permanente essenciais para o serviço.

É recorrente a fala de que os profissionais estão sobrecarregados com o serviço e uma alta carga de trabalho, no entanto, esses mesmos profissionais referem que são subutilizados, levando a conclusão de que na verdade o problema se refere a ações que não são significantes para as demandas da população, realizando trabalhos burocráticos que poderiam ser substituídos por ações que realmente contribuíssem com a melhoria de saúde da população.

Esse contexto de sobrecarga, e ainda de ausência de um quantitativo adequado de profissionais a darem conta das demandas existentes nos locais de trabalho, geram consequências não somente para a população, mas inclusive os profissionais estão adoecendo por não conseguirem dar conta de todas as demandas que surgem no cotidiano do trabalho.

O estabelecimento de uma rotina de plantão nas UAPS faz com que a equipe de saúde não possua mais os mesmos horários de trabalho, impedindo assim que haja uma proximidade entre os profissionais e a existência de encontros imprescindíveis para o gerenciamento e organização dos planos de cuidado.

Ademais, as fragilidades dos vínculos trabalhistas interferem diretamente na assistência que está sendo prestada. Os profissionais, por não se sentirem seguros quanto a garantia de continuidade no emprego por dependerem de contratos provisórios, estão sempre buscando novas alternativas que garantam o mínimo de estabilidade, fazendo com que a rotatividade destes nos serviços públicos sejam bem elevadas.

Destarte ainda para o vínculo perdido entre os serviços e usuários do sistema de saúde quanto à rotatividade dos profissionais. Os usuários, antes de se sentirem acolhidos

pelas instituições, estes se sentem acolhidos pelos os profissionais que os recebem e demonstram preocupação com seu estado de saúde, quebrando esta ligação no momento em que os contratos prescrevem e os profissionais são desligados dos serviços. Este contexto é ainda mais preocupante no cenário da saúde mental, quando muitas vezes os usuários associam a sua recuperação a um profissional específico, gerando momentos de crise quando eles percebem essa quebra.

Outro ponto dificultador a assistência à saúde refere-se à falta de segurança é levantada como ponto que dificulta a assistência à saúde, uma vez que os profissionais não se sentam seguros para desempenhar suas atividades prejudicando a execução dos cuidados e intervenções consideradas necessárias aos usuários do SUS, e ainda, os próprios usuários se recusam a usufruir dos serviços por não se sentirem seguros nesses espaços, fazendo com que os profissionais tenham que criar estratégias que tragam os usuários para o interior dos muros da unidade de saúde.

Aponta-se ainda que uma das fragilidades do estudo residiu na intensa dificuldade e resistência dos profissionais que trabalham na saúde em participar das pesquisas científicas. Mesmo quando explicitados os possíveis benefícios que as pesquisas podem promover para a saúde e inclusive para as suas próprias condições de trabalho, a recusa é persistente. Nesse ponto, talvez houvesse perspectivas mais plausíveis de superação, se tivessem maiores atuações dos serviços de educação permanente.

Dessa forma, considera-se que o sistema de saúde vigente na cidade de Fortaleza precisa repensar e adequar o processo de trabalho dos seus profissionais a fim de proporcionar, ou mesmo se aproximar, de um cuidado que seja mais integral, apesar de se reconhecer o quão complexo esse sistema é.

As redes de atenção à saúde conseguem se estabelecer através e principalmente das redes informais de cuidado, uma vez que tentam suprir as necessidades que protocolos e fluxos formalizados não conseguiram suprir, trazendo à tona as redes vivas construídas pelos usuários e profissionais de saúde de maneira informal. A comunidade e seus atores, apesar das inúmeras dificuldades, consegue criar estratégias e dispositivos que promovem ações eficientes na execução de cuidados de pessoas, tratando estes como prioridades, e não apenas o acúmulo de números em listas de procedimentos ambulatoriais.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Patty Fidelis; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; GIOVANELLA, Lígia. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. **Rev Panam Salud Publica**. v.29, n.2, pp 84–95, 2011.
- ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia. Diálogos em busca de coordenação do cuidado: linha de chegada ou novo itinerário? In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.
- ALMEIDA, Cristiane Andrea Locatelli de; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Evaluation in health: participatory methodology and involvement of municipal managers. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.50, n.45, 2016.
- AMARANTE, Paulo. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro. 4ª reimpressão, p.141, 2010.
- _____. **Teoria e crítica em saúde mental: textos selecionados**. Zagodoni. São Paulo. 1ª Edição, p.160, 2015.
- AMORIM, Rafaela Gomes; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. A Perspectiva da Produção de Cuidado pelos Trabalhadores de Saúde Mental. **Psicol. cienc. prof.**, Brasília, v.37, n.2, p.273-288, June, 2017.
- ARREAZA, Antônio Luis Vicente; MORAES, José Cássio de. Contribuição teórico-conceitual para a pesquisa avaliativa no contexto de vigilância da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.5, p.2627-2638, Aug. 2010.
- ASSIS, Marluce Maria. Redes de atenção à saúde e os desafios da atenção primária a saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.
- ASSIS, Marluce Maria; JORGE, Maria Salete Bessa. Métodos de análise em pesquisa qualitativa. In: SANTANA, Judith Sena da Silva; NASCIMENTO, Maria Angela Alves (Orgs.). **Pesquisa: métodos e técnicas de conhecimento da realidade social**. Feira de Santana: UEFS Editora, 2010.
- BARA, Vânia Maria Freitas; PAZ, Elisabete Pimenta Araújo; GUIMARÃES, Raphael Mendonça; SILVA, Bárbara Fabrícia; GAMA, Bárbara Bara de Martin; MORATELLI, Lucas. Diagnóstico de utilização do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde - PCATool-Brasil versão adulto - para população idosa. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v.23, n.3, p.330-335, Sept. 2015.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Trad. Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições, v.70, p.281, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2006b.

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

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde: Primary Care Assessment Tool PCATool-Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. – 2. ed. 5. reimp. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010c. 44 p.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONESP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS 466**. Serie Cadernos Técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde, 2017.

BÜCHELE, Fátima; LAURINDO, Dione Lucia Prim; BORGES, Vanessa Freitas; COELHO, Elza Berger Salema. A interface da saúde mental na atenção básica. **Cogitare Enfermagem**, v.11, n.3, 2006.

CAMPBELL, Stephen M.; ROLAND, Martin O.; BUETOW, Stephen A. Defining quality of care. **Social science & medicine**, v.51, n.11, p.1611-1625, 2000.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Produção de conhecimento, avaliação de políticas públicas em saúde mental: notas reflexivas. In: CAMPOS, R.O. *et al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental; desenho participativo e efeitos da narratividade**. Editora Hucitec. São Paulo. p.428, 2008.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; BEDRIKOW, Rubens; SANTOS, Júlia Amorim; TERRA, Lilian Soares Vidal; FERNANDES, Juliana Azevedo; BORGES, Fabiano Tonaco. Right to health: is the Brazilian National Health System (SUS) at risk? **Interface**, Botucatu, v.20, n.56, p.261-266, mar. 2016.

CECÍLIO, Luiz Carlos Oliveira. Apontamentos teórico-conceituais sobre processos avaliativos considerando as múltiplas dimensões da gestão do cuidado em saúde. **Interface**, Botucatu, v.15, n.37, p.589-599, June, 2011.

D'AVILA, Otávio Pereira; PINTO, Luiz Felipe da Silva; HAUSER, Lisiane; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; HERZHEIM, Erno. O uso do Primary Care Assessment Tool (PCAT): uma revisão integrativa e proposta de atualização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n. 3, p. 855-865, Mar. 2017.

DINIZ, Suênia Gonçalves de Medeiros; DAMASCENO, Simone Soares; COUTINHO, Simone Elizabeth Duarte Coutinho; TOSO, Beatriz Rosana Gonçalves de Oliveira; COLLET, Neusa. Avaliação do atributo integralidade na atenção à saúde da criança. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v.37, n.4, e57067, 2016.

DONABEDIAN, Avedis. Evaluating the quality of medical care. **The Milbank memorial fund quarterly**, v.44, n.3, p.166-206, 1966.

FASTMEDIC. SISTEMAS DE GESTÃO EM SAÚDE. 2017. Disponível em: <http://www.fastmedic.com.br/index.html>

FERREIRA, Débora Carvalho; SILVA, Girlene Alves da. Caminhos do cuidado: itinerários de pessoas que convivem com HIV. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.11, p. 3087-3098, Nov. 2012.

FERTONANI, Hosanna Pattring. PIRES, Denise Elvira Pires de; BIFF, Daiane; SCHERER, Magda Duarte dos Anjos. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.6, p.1869-1878, June, 2015.

FORTALEZA. Plano Pluri Anual. Prefeitura Municipal de Fortaleza. 2013

_____. **Prefeitura Municipal de Fortaleza**. Disponível em: <www.fortaleza.ce.gov.br> Acesso em: jan. 2016.

FRANCO, Túlio Batista. Fluxograma Descritor de Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em Apoio ao Planejamento: o caso de Luz-MG. In: MERHT, Emerson Elias; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda; RIMOLI, Josely; FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva. (Orgs.). **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, p.161-98, 2006.

FRANCO, Túlio Batista. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o bom encontro com a saúde. In: ALMEIDA, Patty Fidelis; SANTOS, Adriano Maia; SOUZA, Mariluce Karla Bomfim. **Atenção primária à saúde na coordenação do cuidado em regiões de saúde**. EDUFBA. Salvador. p.309, 2015.

GIOVANELLA, Ligia. A atenção primária à saúde nos países da União Européia: configurações e reformas organizacionais na década de 1990. **Cad Saude Publica**. v.22, n.5, p:951-963, 2006.

GUBA, Egon G. & LINCOLN, Yvonna.S. **Fourth generation evaluation**. London: Sage Publications, 1989.

GUBA, Egon G. & LINCOLN, Yvonna.S. *Avaliação de Quarta Geração*. Campinas: Editora Unicamp. Tradução de Beth Honorato. 2011.

HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; SILVA, Ligia Maria Vieira da. *Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

HARZHEIM, Erno; OLIVEIRA, Mônica Maria Celestina de; AGOSTINHO, Milena Rodrigues; HAUSER, Lisiane; STEIN, Airton Tetelbom; GONÇALVES, Marcelo Rodrigues; TRINDADE, Thiago Gomes da; BERRA, Silvina; DUNCAN, Bruce Bartholow; STARFIELD, Barbara. Validação do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: PCATool-Brasil adultos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*, v. 8, n. 29, p. 274-284, 2013.

HIRDES, Alice. A perspectiva dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre o apoio matricial em saúde mental. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.371-382, Feb. 2015.

HOFMARCHER Maria M; OXLEY Howard, RUSTICELLI Elena. *Improved Health System Performance Through Better Care Coordination*. Paris: OECD; 2007.

KALICHMAN, Artur Olhovetchi; AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Integralidade e tecnologias de atenção à saúde: uma narrativa sobre contribuições conceituais à construção do princípio da integralidade no SUS. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.32, n.8, e00183415, 2016.

LAGE, Maria Campos. Utilização do software NVivo em pesquisa qualitativa: uma experiência em EaD. *ETD – Educ. Tem. Dig.*, Campinas, v.12, n.esp., p.198-226, mar. 2011.

LAPAO, Luís Velez; ARCÊNCIO, Ricardo Alexandre; POPOLIN, Marcela Paschoal; RODRIGUES, Ludmila Barbosa Bandeira. The role of Primary Healthcare in the coordination of Health Care Networks in Rio de Janeiro, Brazil, and Lisbon region, Portugal. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.22, n.3, p.713-724, Mar. 2017.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, dez. 2011.

MAXIMINO, Viviane Santalucia; LIBERMAN, Flavia; FRUTUOSO, Maria Fernanda; MENDES, Rosilda. Profissionais como produtores de redes: tramas e conexões no cuidado em saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v.26, n.2, p. 435-447, June 2017.

MENDES, Eugênio Vilaça. *A modelagem das redes de atenção à saúde*. Belo Horizonte, 2007.

_____. *O Cuidado das Condições Crônicas na Atenção Primária à Saúde: O imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília: OPAS; 2012.

_____. 25 anos do Sistema Único de Saúde: resultados e desafios. *Estud. av.*, São Paulo, v.27, n.78, p.27-34, 2013.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

_____. *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em Saúde: um desafio para o público**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

_____. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

_____. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. **Saude soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.267-279, June, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13 ed. rev. São Paulo: Hucitec, 2014.

MORAIS, Jamine Borges. **Avaliação das pesquisas no sus: contribuições para a participação**. 2015. 160f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2015.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v.66, n.spe, p.158- 164, Sept. 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS - UNICEF, 1979. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários da Saúde, Alma-Ata, URSS, 6 a 12 de setembro de 1978.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE - OPAS. **A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS - Contribuições para o debate**. Brasília: OPAS; 2011.

PATTON, Michael Quinn. Utilization-focused evaluation. The new century text. Thousand Oaks: **Sage Publications**, 1997.

PINTO, Antonio Germane Alves; JORGE, Maria Salete Bessa; VASCONCELOS; Mardenia Gomes Ferreira; SAMPAIO, José Jackson Coelho; POSSO, Gláucia Posso; BASTOS, Valéria Carneiro; SAMPAIO, Helena Alves de Carvalho. Apoio matricial como dispositivo do cuidado em saúde mental na atenção primária: olhares múltiplos e dispositivos para resolubilidade. **Cien Saude Colet**, v.17, n.3, p.653-660, 2012.

SÁ, Ronice Franco; MOYSÉS, Simone Tetu. O processo avaliativo em promoção de saúde como estratégia de empoderamento e de desenvolvimento de capacidades. **Rev. Educ Prof.**, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, 2009.

SANTANA, Ricardo Matos. **O cuidado colaborativo como dispositivo de promoção da integralidade da atenção à saúde**. 2014. 201p. Tese de Doutorado. Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. Ribeirão Preto. 2014.

SALTMAN, Richard B.; RICO, Ana; BOERMA, Wienke. Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care. Berkshire: **Open University Press**; 2006.

SANTOS, Lenir. Região de saúde e suas redes de atenção: modelo organizativo-sistêmico do SUS. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1281-1289, Apr. 2017.

SERAPIONI, Mauro. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico- etodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, n. 85, p. 65-82, 2009.

SERAPIONI, Mauro; LOPES, Clélia Maria Nolasco; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos. Avaliação em Saúde. In: ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos (ORG). **Epidemiologia & Saúde**. MedBook. Rio de Janeiro, 7ª Edição, p.736, 2013.

SORATTO, Jacks; WITT, Regina Rigatto; FARIA, Eliana Marília. Participação popular e controle social em saúde: desafios da Estratégia Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Dez. 2010.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; SOUZA, Ivis Emília de Oliveira; TOCANTINS, Florence Romijn. La utilización del marco metodológico de red social en asistencia de enfermería a mujeres que amamantan. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.3, p.354-360, June 2009.

STARFIELD, Bárbara. CASSADY, Charlyn; HURTADO, Margarita; BERK, Ronald; NANDA, Joy; FRIEDENBERG, Lori. Measuring consumer experiences with primary care. **Pediatrics, United States**, v. 105, n. 4, p. 998-1003, Apr. 2000.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; XU, Jiahong. Validating the Adult Primary Care Assessment Tool. **The Journal of Family Practice**, United States, v. 50, n. 2, p. 161-175, 2001.

STARFIELD Bárbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasil. Ministério da Saúde, 2002.

STARFIELD, Bárbara. **Manual do Instrumento de Avaliação da Atenção Primária à Saúde**–Primary Care Assessment Tool–PCATool–Brasil. *Versão Final e validada*, 2010.

TANAKA, Oswaldo Yoshimi; TAMAKI, Edson Mamoru. O papel da avaliação para a tomada de decisão na gestão de serviços de saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n.4, p.821-828, Apr. 2012.

TAÑO, Bruna Lidia; MATSUKURA, Thelma Simões. Os centros de atenção psicossocial infantojuvenis: características organizacionais e oferta de cuidados. **Rev Ter Ocup Univ**. São Paulo. v.25, n.3, pp.208-216, set./dez. 2014.

TATMATSU, Daniely Brito; ARAÚJO, Ana Carolina da Costa. Atenção Primária e Saúde Mental: Contribuições e Potencialidades do Apoio Matricial. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v.24, n.2, pp 71-79, Jul.-Dez., 2016.

TRAVASSOS, Claudia; MARTINS, Mônica. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 190-198, 2004.

WELLER, Silvana. Pesquisa, avaliação e gestão: da defesa de interesses corporativos para melhor aproveitamento público dos esforços. In: CAMPOS, R.O. *et al.* **Pesquisa avaliativa em saúde mental; desenho participativo e efeitos da narratividade**. Editora Hucitec. São Paulo. p.428, 2008.

APÊNDICES

Apêndice A - Entrevista em Profundidade para trabalhadores.

Dados de Identificação:

- 1) Sexo: M F
- 2) Estado Civil:
 Casado Solteiro Divorciado Viúvo União Estável*
- 3) Idade atual: _____
- 4) Tempo de formação: _____
- 5) Tempo de atividade no serviço atual: _____
- 6) Quantos empregos possui atualmente: _____
- 7) Qual a renda familiar? _____
- 8) Carga horária semanal: _____ h/s
- 9) Tipo de Vínculo Empregatício
 Celetista Concursado Contrato Temporário Trabalho Sem Vínculo
- 10) Por favor, fale-me sobre como você desenvolve seu trabalho e como ele se articula com a rede de atenção a saúde.

Apêndice B – Entrevista em Profundidade para usuários.

Dados de Identificação

- 1) Sexo: M F
- 2) Estado Civil:
 Casado Solteiro Divorciado Viúvo União Estável*
- 3) Idade atual: _____
- 4) Tempo de formação: _____
- 5) Tempo de atividade no serviço atual: _____
- 6) Quantos empregos possui atualmente: _____
- 7) Qual a renda familiar? _____
- 8) Carga horária semanal: _____ h/s
- 9) Tipo de Vínculo Empregatício
 Celetista Concursado Contrato Temporário Trabalho Sem Vínculo
- 10) Por favor, fale-me sobre como você percebe processo de trabalho dos profissionais e como ele se articula com a rede de atenção a saúde.

Apêndice C – Observação Livre

- ⇒ A relação entre profissionais *versus* usuários *versus* cuidadores
- ⇒ O cuidado *versus* acolhimento
- ⇒ Cenários
- ⇒ Facilidades e dificuldades
- ⇒ Acesso
- ⇒ Processos de trabalho da equipe
- ⇒ Produção do cuidado integral

APÊNDICE D – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos usuários dos serviços de saúde da rede de Atenção Primária à Saúde

PESQUISA: *AValiação da Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde: processos de trabalho e suas ferramentas na produção do cuidado integral.*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Usuários

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “*AValiação da Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde: processos de trabalho e as ferramentas utilizadas na produção do cuidado integral*” que tem como objetivo avaliar a articulação entre Estratégia Saúde da Família e as redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado integral.

O(a) Sr.(Sra.) tem plena liberdade para aceitar ou não o convite para participação, bem como de permanecer ou não no estudo, sem que haja nenhum prejuízo quanto ao seu atendimento no serviço. Sua participação poderá trazer riscos emocionais decorrentes dos seus depoimentos, a partir de recordações de acontecimentos vivenciados. O (a) pesquisador(a) estará atento para resolvê-los ou minimizá-los.

Ao participar desta pesquisa o (a) Sr.(Sra.) não terá nenhum benefício direto. A sua participação é voluntária. A qualquer momento poderá desistir de participar sem qualquer prejuízo ou dano. Entretanto, esperamos que este estudo traga resultados importantes sobre as ações desenvolvidas nos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde de forma que o conhecimento que será construído possa trazer contribuições para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Garantimos o sigilo sobre sua identidade e que os dados e as informações coletadas serão utilizados, exclusivamente, para compor os resultados deste estudo, aos quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos.

Ressaltamos ainda que, para uma melhor compreensão das narrativas, todas as entrevistas serão gravadas. As gravações serão utilizadas somente para fins de estudo. Se o (a) Sr. (Sra.) não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar deste estudo.

Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Qualquer esclarecimento, favor comunicar-se com a pesquisadora Maria Salete Bessa Jorge telefone para contato (85) 3101-9891 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email: cep@uece.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aos Trabalhadores de Saúde da rede de Atenção Primária à Saúde

PESQUISA: *AValiação da Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde: processos de trabalho e suas ferramentas na produção do cuidado integral.*

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Trabalhadores de Saúde

Gostaríamos de convidar o(a) senhor(a) a participar da pesquisa “*AValiação da Articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde: processos de trabalho e as ferramentas utilizadas na produção do cuidado integral*” que tem como objetivo avaliar a articulação entre Estratégia Saúde da Família e as redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado integral.

O(a) Sr.(Sra.) tem plena liberdade para aceitar ou não o convite para participação, bem como de permanecer ou não no estudo, sem que haja nenhum prejuízo quanto ao seu atendimento no serviço. Sua participação poderá trazer riscos emocionais decorrentes dos seus depoimentos, a partir de recordações de acontecimentos vivenciados. O(a) pesquisador(a) estará atento para resolvê-los ou minimizá-los.

Ao participar desta pesquisa o(a) Sr.(Sra.) não terá nenhum benefício direto. A sua participação é voluntária. A qualquer momento poderá desistir de participar sem qualquer prejuízo ou dano. Entretanto, esperamos que este estudo traga resultados importantes sobre as ações desenvolvidas nos serviços da rede de Atenção Primária à Saúde de forma que o conhecimento que será construído possa trazer contribuições para a melhoria da qualidade do cuidado na Atenção Primária à Saúde.

Garantimos o sigilo sobre sua identidade e que os dados e as informações coletadas serão utilizados, exclusivamente, para compor os resultados deste estudo, aos quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos.

Ressaltamos ainda que, para uma melhor compreensão das narrativas, todas as entrevistas serão gravadas. As gravações serão utilizadas somente para fins de estudo. Se o(a) Sr. (Sra.) não quiser ser gravado em áudio, não poderá participar deste estudo.

Este termo será preenchido em duas vias, uma para o pesquisado e a outra para o pesquisador. Qualquer esclarecimento, favor comunicar-se com a pesquisadora Maria Salete Bessa Jorge telefone para contato (85) 3101-9891 ou poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UECE, na Av. Dr. Silas Munguba, 1700, Fortaleza-CE, telefone (85) 3101-9890, email: cep@uece.br.

TERMO DE CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Eu, _____
tendo sido esclarecido(a) a respeito da pesquisa, aceito participar da mesma.

Fortaleza-CE, ____/____/2016.

Participante

Pesquisador

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

A – GRAU DE AFILIAÇÃO

A1 Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde você geralmente vai quando fica doente ou precisa de conselhos sobre a sua saúde?

- () Não
 () Sim (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

A2 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que o/a conhece melhor como pessoa?

- () Não
 () Sim, mesmo médico/enfermeiro/serviço de saúde que acima
 () Sim, médico/enfermeiro/serviço de saúde diferente (Por favor, dê o nome e endereço)

Nome do profissional ou serviço de saúde:

Endereço: _____

A3 – Há um médico/enfermeiro ou serviço de saúde que é mais responsável por seu atendimento de saúde?

- () Não
 () Sim, mesmo que A1 & A2 acima.
 () Sim, o mesmo que A1 somente.
 () Sim, o mesmo que A2 somente.
 () Sim, diferente de A1 & A2 (Por favor, dê o nome e endereço).

Nome do profissional ou serviço de saúde: _____

Endereço: _____

Para o entrevistador:

IDENTIFICAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE OU MÉDICO/ENFERMEIRO A SER AVALIADO

AGORA, o entrevistador identifica o serviço de saúde que será avaliado, conforme as orientações abaixo:

Se o entrevistado indicou o mesmo serviço de saúde nas três perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde. (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu duas perguntas iguais, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A5).

Se todas as respostas forem diferentes, continue o restante do questionário sobre o médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta A1 (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu NÃO a duas perguntas, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde identificado na pergunta à qual o entrevistado respondeu SIM. (Preencha o item A5).

Se o entrevistado responder NÃO à pergunta A1 e indicar respostas diferentes para as perguntas A2 e A3, continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde indicado na respostas A3 (Preencha o item A5).

Se o entrevistado respondeu NÃO a todas as três perguntas, por favor pergunte o nome do último médico/enfermeiro ou serviço de saúde onde a criança consultou e continue o restante do questionário sobre esse médico/enfermeiro ou serviço de saúde (Preencha o item A4 e A5).

A4 - Nome do médico/enfermeiro ou serviço de saúde procurado pela última vez:

Esclareça ao entrevistado que:

A partir de agora, todas as perguntas seguintes serão sobre o(a):

| | | | | | |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| A5 - _____ (“nome do médico/enfermeiro/serviço de saúde”). (Vá para a Seção B) | | | | | |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto B – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – UTILIZAÇÃO Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
| B1 – Quando você necessita de uma consulta de revisão (consulta de rotina, check-up), você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B2 – Quando você tem um novo problema de saúde, você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” antes de ir a outro serviço de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B3 – Quando você tem que consultar um especialista, o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” tem que encaminhar você obrigatoriamente? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool- Brasil versão Adulto C – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
| C1 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto no sábado ou no domingo? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C2 – O “nome do | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” fica aberto pelo menos algumas noites de dias úteis até às 20 horas? | | | | | |
| C3 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto e você adocece alguém de lá atende você no mesmo dia? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C4 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” está aberto, você consegue aconselhamento rápido pelo telefone se precisar? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C5 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado, existe um número de telefone para o qual você possa ligar quando fica doente? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C6 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado no sábado e domingo e você fica doente, alguém deste serviço atende você no mesmo dia? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C7 – Quando o seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” está fechado e você fica doente durante a noite, alguém deste serviço atende você naquela noite? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C8 – É fácil marcar hora para uma consulta de revisão (consulta de rotina, “check-up”) neste “nome do serviço de saúde / ou nome | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| médico/ enfermeiro”? | | | | | |
| C9 – Quando você chega no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, você tem que esperar mais de 30 minutos para consultar com o médico ou enfermeiro (sem contar triagem ou acolhimento)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C10 – Você tem que esperar por muito tempo, ou falar com muitas pessoas para marcar hora no seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C11 – É difícil para você conseguir atendimento médico do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” quando pensa que é necessário? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C12 – Quando você tem que ir ao “nome do médico / enfermeira / local”, você tem que faltar ao trabalho ou à escola para ir ao serviço de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

D – LONGITUDINALIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------------|
| D1 – Quando você vai ao seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, é o mesmo médico ou enfermeiro que atende você todas às vezes? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D2 – Você acha que o seu “médico/ enfermeiro” entende o que você diz ou | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| pergunta? | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| D3 – O seu “médico/enfermeiro” responde suas perguntas de maneira que você entenda? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D4 – Se você tiver uma pergunta, pode telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que melhor conhece você? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D5 – O seu “médico/enfermeiro” lhe dá tempo suficiente para falar sobre as suas preocupações ou problemas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D6 – Você se sente à vontade contando as suas preocupações ou problemas ao seu “médico/enfermeiro”? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D7 – O seu “médico/enfermeiro” conhece você mais como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D8 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quem mora com você? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D9 – O seu “médico/enfermeiro” sabe quais problemas são mais importantes para você? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D10 – O seu “médico/enfermeiro” conhece a sua história clínica (história médica) completa? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D11 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito do seu trabalho ou emprego? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D12 – O seu “médico/enfermeiro” saberia de alguma forma se você tivesse problemas em obter ou pagar por medicamentos que você precisa? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|
| D13 – O seu “médico/enfermeiro” sabe a respeito de todos os medicamentos que você está tomando? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D14 – Você mudaria do “nome do serviço de saúde / ou nome médico/ enfermeiro” para outro serviço de saúde se isto fosse muito fácil de fazer? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

E – COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS

E1 – Você já foi consultar qualquer tipo de especialista ou serviço especializado no período em que você está em acompanhamento no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”?

- () Sim
 () Não (Passe para a questão F1)
 () Não sei /não lembro (Passe para a questão F1)

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| E2 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sugeriu (indicou, encaminhou) que você fosse consultar com este especialista ou serviço especializado? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E3 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe que você fez essas consultas com este especialista ou serviço especializado? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E4 – O seu “médico/enfermeiro” discutiu com você diferentes serviços onde você poderia ser atendido para este problema de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E5 - O seu “médico / enfermeiro” ou alguém que trabalha no / com “nome do serviço de | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|----------------------|
| saúde” ajudou-o /a a marcar esta consulta? | | | | | |
| E6 – O seu “médico/enfermeiro” escreveu alguma informação para o especialista, a respeito do motivo desta consulta? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E7 – O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” sabe quais foram os resultados desta consulta? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E8 – Depois que você foi a este especialista ou serviço especializado, o seu “médico/enfermeiro” conversou com você sobre o que aconteceu durante esta consulta? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E9 – O seu “médico/enfermeiro” pareceu interessado na qualidade do cuidado que lhe foi dado (lhe perguntou se você foi bem ou mal atendido por este especialista ou serviço especializado)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto F – COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei / não lembro |
| F1. Quando você vai no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” você leva algum dos registros de saúde ou boletins de atendimento que você recebeu no passado? (exemplificar se não entender “registro”: fichas de atendimento de emergência, resultado de | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| exames de laboratório) | | | | | |
| F2. Quando você vai ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, o seu prontuário (história clínica) está sempre disponível na consulta? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F3. Você poderia ler (consultar) o seu prontuário/ficha se quisesse no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto G – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. A seguir, apresentamos uma lista de serviços/orientações que você e sua família ou as pessoas que utilizam esse serviço podem necessitar em algum momento. Indique, por favor, se no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” esses serviços ou orientações estão disponíveis: (Repetir a cada 3-4 itens: “Está disponível no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro””) | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| G1 – Respostas a perguntas sobre nutrição ou dieta. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G2 – Verificar se sua família pode participar de algum programa de assistência social ou benefícios sociais. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G3 – Programa de suplementação nutricional (ex: leite, alimentos). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G4 – Vacinas (imunizações). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G5 – Avaliação da saúde bucal (Exame dentário). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G6 – Tratamento dentário. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G7 – Planejamento familiar ou métodos anticoncepcionais. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G8 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas, ex: | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|
| álcool, cocaína, remédios para dormir). | | | | | |
| G9 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G10 – Sutura de um corte que necessite de pontos. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G11 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G13 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G14 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G15 – Remoção de verrugas. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G16 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G17 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G18 – Cuidados pré-natais. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G19 – Remoção de unha encravada. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex.: diminuição da memória, risco de cair). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da sua família como: curativos, troca de sondas, banho na cama... | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G22 – Orientações sobre o que fazer caso alguém de sua família fique incapacitado e não possa tomar decisões sobre sua saúde (ex.: doação de órgãos caso alguém | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|---------------------|
| de sua família fique incapacitado para decidir, por exemplo, em estado de coma). | | | | | |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Adulto H – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. A seguir, apresentamos uma lista de serviços que você pode ter recebido em consulta no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”. Em consultas ao “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro”, algum dos seguintes assuntos já foram ou são discutidos (conversados) com você? (repetir essa frase a cada 3-4 itens). | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/ não lembro |
| H1– Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H2 – Segurança no lar, como guardar medicamentos em segurança. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança ou assentos seguros para crianças ao andar de carro. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados para você. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H7 – Verificar e discutir os medicamentos que você está tomando. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no seu lar, no trabalho, ou na sua vizinhança. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H9 – Perguntar se você tem uma arma de fogo e orientar como guardá-la com segurança. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------|------|------|------|------|
| H10 – Como prevenir queimaduras (ex: causadas por água quente, óleo quente, outras substâncias). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H11 – Como prevenir quedas. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H12 – Só para mulheres: como prevenir osteoporose ou ossos frágeis. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H13 – Só para mulheres: o cuidado de problemas comuns da menstruação ou menopausa. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

I – ORIENTAÇÃO FAMILIAR

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

As perguntas a seguir são sobre o relacionamento do seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” com sua família.

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| I1 – O seu “médico/enfermeiro” lhe pergunta sobre suas idéias e opiniões (sobre o que você pensa) ao planejar o tratamento e cuidado para você ou para um membro da sua família? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| I2 – O seu “médico/enfermeiro” já lhe perguntou a respeito de doenças ou problemas comuns que podem ocorrer em sua família (câncer, alcoolismo, depressão)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| I3 – O seu “médico/enfermeiro” se reuniria com membros de sua família se você achasse necessário? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Adulto

J – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|
| J1 – Alguém no “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” faz visitas domiciliares? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| J2 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” conhece os problemas de saúde importantes na sua vizinhança? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| J3 – O seu “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” ouviu opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A seguir são listadas formas de avaliar a qualidade de serviços de saúde. O “nome do serviço de saúde / ou nome médico/enfermeiro” realiza alguma destas? | | | | | |
| J4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| J5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| J6 – Convida você e sua família para participar do Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor / Conselho de Usuários)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

ANEXO B- INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

A – ACESSO DE PRIMEIRO CONTATO – ACESSIBILIDADE

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| A1 – Seu serviço de saúde está aberto sábado ou domingo? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A2 - Seu serviço de saúde está aberto, pelo menos em alguns dias da semana até as 20 hs? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A3 – Quando seu serviço de saúde está aberto e algum paciente adoecer, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A4 – Quando o seu serviço de saúde está aberto, os pacientes conseguem aconselhamento rápido pelo telefone quando julgam ser necessário? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A5 – Quando seu serviço de saúde está fechado existe um número de telefone para o qual os pacientes possam ligar quando adoecem? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A6. Quando seu serviço de saúde está fechado aos sábados e domingos e algum paciente seu fica doente, alguém do seu serviço o atende no mesmo dia? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A7 – Quando seu serviço de saúde está fechado à noite e algum paciente fica doente, alguém de seu serviço o atende naquela noite? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| A8 – É fácil para um paciente conseguir marcar hora para uma consulta de revisão de saúde (consulta de rotina, check-up) no seu serviço de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| A9 – Na média, os pacientes têm de esperar mais de 30 minutos para serem atendidos pelo médico ou pelo enfermeiro (sem contar a triagem ou o acolhimento)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais B - LONGITUDINALIDADE Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| B1 – No seu serviço de saúde, os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B2 – Você consegue entender as perguntas que seus pacientes lhe fazem? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B3 – Seus pacientes entendem o que você diz ou pergunta a eles? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B4 – Se os pacientes têm uma pergunta, podem telefonar e falar com o médico ou enfermeiro que os conhece melhor? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B5 – Você dá aos pacientes tempo suficiente para falarem sobre as suas preocupações ou problemas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B6 – Você acha que seus pacientes se sentem confortáveis ao lhe contar suas preocupações ou problemas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B7 – Você conhece | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| mais seus pacientes como pessoa do que somente como alguém com um problema de saúde? | | | | | |
| B8 – Você sabe quem mora com cada um de seus pacientes? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B9 – Você entende quais problemas são os mais importantes para os pacientes que você atende? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B10 – Você conhece o histórico de saúde completo de cada paciente? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B11 – Você sabe qual o trabalho ou emprego de cada paciente? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B12 – Você teria conhecimento caso seus pacientes não conseguissem as medicações prescritas ou tivessem dificuldades de pagar por elas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| B13 – Você sabe todos os medicamentos que seus pacientes estão tomando? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA | | | | | |
| PCATool - Brasil versão Profissionais | | | | | |
| C - COORDENAÇÃO – INTEGRAÇÃO DE CUIDADOS | | | | | |
| Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| C1 – Você tem conhecimento de todas as consultas que seus pacientes fazem a especialistas ou serviços especializados? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C2 – Quando seus pacientes necessitam um encaminhamento, você discute com os pacientes sobre diferentes serviços | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|--|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| onde eles poderiam ser atendidos? | | | | | |
| C3 – Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C4 – Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C5 – Você recebe do especialista ou do serviço especializado informações úteis sobre o paciente encaminhado? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| C6 – Após a consulta com o especialista ou serviço especializado, você fala com seu paciente sobre os resultados desta consulta? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais D - COORDENAÇÃO – SISTEMA DE INFORMAÇÕES Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| D1 – Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D2 – Você permitiria aos pacientes examinar seus prontuários se assim quisessem? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| D3 – Os prontuários do paciente estão disponíveis quando você os atende? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| <p style="text-align: center;">INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais E – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS DISPONÍVEIS Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. Se um paciente tem necessidade de qualquer dos seguintes serviços poderia obtê-los no seu serviço de saúde? (Repetir essa frase a cada 3-4 itens)</p> | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| E1 – Aconselhamento nutricional. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E2 – Imunizações. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E3 – Verificação se as famílias podem participar de algum programa ou benefício de assistência social | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E4 – Avaliação da saúde bucal. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E5 – Tratamento dentário. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E6 – Planejamento familiar ou mé- todos anticoncepcionais. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E7 – Aconselhamento ou tratamento para o uso prejudicial de drogas (lícitas ou ilícitas). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E8 – Aconselhamento para problemas de saúde mental. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E9 – Sutura de um corte que necessite de pontos. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E10 – Aconselhamento e solicitação de teste anti-HIV. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E11 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas auditivos (para escutar). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E12 – Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E13 – Colocação de tala (ex: para tornozelo torcido). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E14 – Remoção de verrugas. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------|------|------|------|------|
| E15 – Exame preventivo para câncer de colo de útero (Teste Papanicolau). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E16 – Aconselhamento sobre como parar de fumar. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E17 – Cuidados pré-natais. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E18 – Remoção de unha encravada. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E19 – Orientações sobre cuidados em saúde caso o paciente fique incapacitado e não possa tomar decisões (ex: coma). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E20 – Aconselhamento sobre as mudanças que acontecem com o envelhecimento (ex: diminuição da memória, risco de cair). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E21 – Orientações sobre cuidados no domicílio para alguém da família do paciente como: curativos, troca de sondas, banho na cama. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| E22 – Inclusão em programa de suplementação alimentar (ex: leite e alimentos). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA

PCATool - Brasil versão Profissionais

F – INTEGRALIDADE – SERVIÇOS PRESTADOS

Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta.

Pergunte: Você atende pacientes (leia as alternativas):

- () de todas as idades
- () somente crianças e adolescentes (menores de 18 anos)
- () somente adultos

Conforme a resposta acima, oriente o entrevistado da seguinte forma:

Se você atende todas as idades, por favor responda todas as perguntas desta seção (F1 a F15).

Se você atende apenas crianças, por favor não responda as perguntas F4 a F13.

Se você atende apenas adultos, por favor não responda as perguntas F14 a F15.

Perguntas F1 – F3 se aplicam a todas faixas etárias

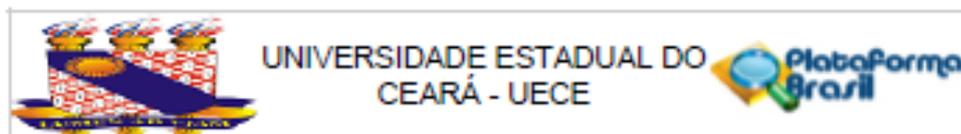
Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ou seus responsáveis? (repita esta pergunta a cada 3 itens)

| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| F1 – Conselhos sobre alimentação saudável ou sobre dormir suficientemente. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F2 – Segurança no lar, ex: como guardar medicamentos em segurança. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F3 – Aconselhamento sobre o uso de cinto de segurança, assentos seguros para crianças ao andar de carro, evitar que crianças tenham queda de altura. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| Perguntas F4 – F13 se aplicam apenas a adultos (18 anos e acima). Entrevistador pergunte: “Você discute os seguintes assuntos com seus pacientes ?” | | | | | |
| F4 – Maneiras de lidar com conflitos de família que podem surgir de vez em quando. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F5 – Conselhos a respeito de exercícios físicos apropriados. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F6 – Testes de sangue para verificar os níveis de colesterol. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F7 – Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F8 – Possíveis exposições a substâncias perigosas (ex: veneno para formiga/para rato, água sanitária), no lar, no trabalho, ou na vizinhança do paciente. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F9 – Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F10 – Como prevenir queimaduras causadas por água quente, óleo quente. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

| | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| F11 – Como prevenir quedas. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F12 – Prevenção de osteoporose em mulheres. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F13 – Cuidado de problemas comuns relativos a menstruação ou a menopausa. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| As perguntas F14 – F15 se aplicam apenas a crianças. Entrevistador pergunte: “Os seguintes assuntos são discutidos com a criança e pais/responsável?” | | | | | |
| F14 – Maneiras de lidar com os problemas de comportamento das crianças. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| F15 – Mudanças do crescimento e desenvolvimento da criança esperadas para cada faixa etária. | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais G - ORIENTAÇÃO FAMILIAR Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| G1 – Você pergunta aos pacientes quais suas idéias e opiniões ao planejar o tratamento e cuidado do paciente ou membro da família? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G2 – Você pergunta sobre doenças e problemas de saúde que possam ocorrer nas famílias dos pacientes? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| G3 – Você está disposto e capaz de atender membros da família dos pacientes para discutir um problema de saúde ou problema familiar? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA PCATool - Brasil versão Profissionais H – ORIENTAÇÃO COMUNITÁRIA | | | | | |

| Entrevistador – para todas as próximas perguntas use o Cartão Resposta. | | | | | |
|---|------------------|--------------------|--------------------|------------------|--------------------|
| Por favor, indique a melhor opção | Com certeza, sim | Provavelmente, sim | Provavelmente, não | Com certeza, não | Não sei/não lembro |
| H1 – Você ou alguém do seu serviço de saúde faz visitas domiciliares? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H2 – Você crê que seu serviço de saúde tem conhecimento adequado dos problemas de saúde da comunidade que atende? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H3 – Seu serviço de saúde ouve opiniões e idéias da comunidade de como melhorar os serviços de saúde? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| Seu serviço de saúde usa os seguintes métodos para monitorar e/ou avaliar a efetividade dos serviços/programas? | | | | | |
| H4 – Faz pesquisas com os pacientes para ver se os serviços estão satisfazendo (atendendo) as necessidades das pessoas? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H5 – Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer? | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |
| H6 – Presença de usuários no Conselho Local de Saúde (Conselho Gestor, Conselho de Usuários). | 4() | 3() | 2() | 1() | 9() |

ANEXO C – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: processos de trabalho e suas ferramentas na produção do cuidado integral

Pesquisador: Carlos Bruno Silveira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 64968017.0.0000.5534

Instituição Proponente: Programa de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

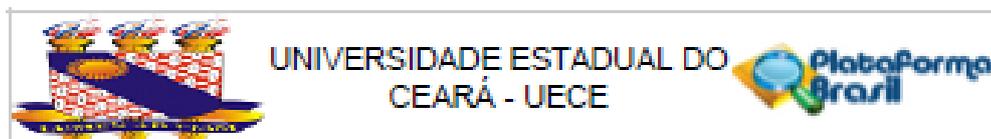
DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.978.567

Apresentação do Projeto:

A consolidação do SUS apoia-se no entendimento de que os serviços de saúde devem estar organizados a partir de uma rede de cuidados articulada, com fluxos conhecidos e regulados, cujo objetivo é acolher as necessidades sentidas por usuários, gestores e sociedade, definidas por critérios epidemiológicos, econômicos e culturais. Orienta-se por eixos estruturantes que recebem o nome de atributos essenciais: atenção ao primeiro contato, longitudinalidade, integralidade e coordenação; e atributos derivados: orientação familiar e comunitária e competência cultural. O presente estudo emerge como possibilidade de compreender a organização dos serviços de Atenção Primária à Saúde, a fim de fornecer uma avaliação que permita o advento de novos rumos para as Redes de Atenção à Saúde que seja capaz de, de fato, responder as necessidades de saúde da população. A pesquisa tem como objetivo avaliar a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado integral. Trata-se de um estudo avaliativo, de natureza mista, com utilização de dados quanti e qualitativos. Na primeira fase da pesquisa aplicar-se-á o Instrumento de Avaliação da Atenção Primária (PCATool – Primary Care Assessment Tool) para os profissionais e usuários, a qual busca avaliação da Atenção Primária à Saúde com a utilização do marco conceitual de Staffeld (2002). Na segunda fase da pesquisa, para complementação e aprofundamento das informações,

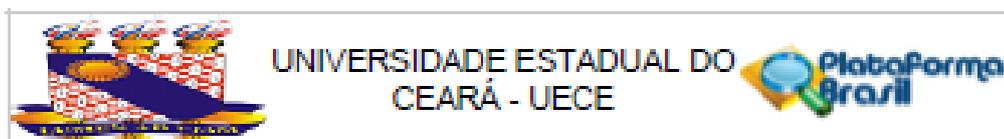
| | | | |
|-----------|-------------------------|------------|---------------|
| Endereço: | Av. Siles Munguba, 1700 | CEP: | 60.714-903 |
| Bairro: | Esper | | |
| UF: | CE | Município: | FORTALEZA |
| Telefone: | (05)3101-0200 | Fax: | (05)3101-0906 |
| | | E-mail: | cep@uece.br |



Continuação do Parecer: 1.485.575

serão realizadas entrevistas em profundidade com questão norteadora e observação sistemática, com o objetivo de analisar as situações de saúde da população, demanda e oferta de serviços. A pesquisa será realizada nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), que por sua vez, ficam a cargo de responsabilidade das Coordenadorias Regionais de Saúde (CORES) do município de Fortaleza- CE. Serão convidados a participarem do estudo, os trabalhadores de saúde integrantes da equipe de Estratégia de Saúde da Família, e os usuários do SUS. Para os trabalhadores, consideram-se os com nível superior (médicos, enfermeiros, odontólogos), nível médio (auxiliares e técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que atuam na ESF, possuindo vínculo regulamentado e com execução de tarefas no serviço. O processo de amostragem dos profissionais de saúde foi calculado pela fórmula da população finita, com prevalência de 50% e erro amostral de 5%. A amostra foi estimada em 311 profissionais da saúde e distribuída proporcionalmente entre as categorias de acordo com a população. A amostra dos usuários será calculada após a aprovação do projeto e entrada no campo, pois a SMS de Fortaleza não disponibiliza o quantitativo de usuários atendidos por unidade, tendo que solicitar o quantitativo desses atendimentos nas unidades a serem pesquisadas. Elencam-se como critérios de seleção das UABS que farão parte da pesquisa: possuir equipe completa de trabalhadores de saúde; ser responsável por uma população compatível com o recomendado pela PNAB, de até 4.000 pessoas. Quanto aos trabalhadores: estar atuando na ESF há no mínimo dois anos, e para os usuários: estar cadastrado na ESF onde é atendido há no mínimo dois anos. A versão validada do PCATool Adulto contém 87 itens divididos em 10 componentes. E a versão para profissionais é composta por 77 itens divididos em 8 componentes. Inicialmente será feita uma análise estatística dos dados fornecidos por meio da aplicação dos Instrumentos de Avaliação da Atenção Primária. Os escores para cada um dos atributos ou seus componentes são calculados pela média aritmética simples dos valores das respostas dos itens que compõe cada atributo ou seu componente. Para a análise das entrevistas em profundidade, será aplicada a Análise de Conteúdo Categórica Temática proposta por Bardin (2010), definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens em três fases: Pré-análise; Exploração do material; Tratamento dos Resultados, Inferência e Interpretação. Este projeto de pesquisa faz parte um projeto guarda-chuva maior, intitulado: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E SUA INTERFACE COM AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: modelo de gestão, organização dos serviços e processo de trabalho, submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará/UECE, aprovado pelo parecer de nº 1.485.575 e encaminhado as Coordenadorias Regionais de Saúde de

Endereço: Av. Siles Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9900 Fax: (85)3101-9905 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Protocolo: 1.071.587

Fortaleza. A participação na pesquisa só será iniciada mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) direcionado a usuários e trabalhadores elaborado em duas vias, assinado pelo convidado a participar da pesquisa, assim como pelo pesquisador responsável.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar a articulação entre a Estratégia Saúde da Família e as Redes de Atenção à Saúde, no que se refere a processo de trabalho e produção do cuidado Integral.

Objetivo Secundário:

Mapear as ferramentas e estratégias presentes na comunidade que facilitem/difícultem o cuidado Integral;

Descrever como a Estratégia Saúde da Família se articula com o Centro de Atenção Psicossocial na produção do cuidado Integral;

Analisar como se articula a Estratégia Saúde da Família e as redes de Atenção à Saúde, no que se refere ao processo de trabalho e a produção do cuidado Integral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos são mínimos e o pesquisador informa como irá minimizá-los. Os riscos são referentes aos possíveis constrangimentos, com a realização das entrevistas e como forma evitá-los, os procedimentos de coleta de dados individuais serão realizados em ambiente reservado, favorecendo a promoção do bem-estar dos sujeitos.

Quanto aos benefícios desta pesquisa para a população estudada, têm-se a contribuição para a compreensão de como se dá o processo de trabalho dos profissionais da ESF dentro do cuidado Integral, além da avaliação, colaboração e construção de uma ESF mais forte e engajada, no que poderão facilitar esse processo e melhorar as articulações dessa equipe dentro da rede de atenção primária à saúde.

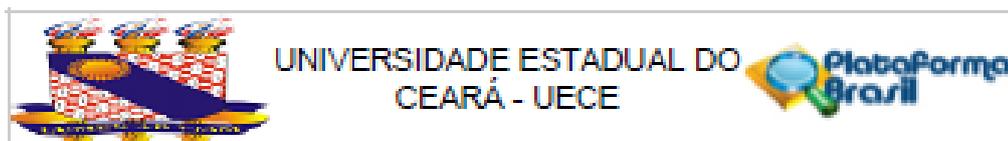
Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é relevante e apresenta valor científico e o método é adequado aos objetivos propostos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O TCLE está em forma de convite, apresenta o título e o objetivo da pesquisa, explícita

| | | | |
|-----------|-------------------------|------------|---------------|
| Endereço: | Av. Sílex Munguba, 1700 | CEP: | 60.714-903 |
| Bairro: | Itaperi | | |
| UF: | CE | Município: | PORTALEZA |
| Telefone: | (85)3101-8820 | Fax: | (85)3101-8908 |
| | | E-mail: | cep@uece.br |



Contribuição do Parecer: 1.9711.587

adequadamente os riscos e benefícios, consta o telefone, endereço e e-mail do CEP, há telefone, nome completo do orientador e campo para assinatura do pesquisador responsável. Não informa o e-mail do pesquisador (orientador). Informar o nome completo, telefone e e-mail do pesquisador responsável de acordo com a folha de rosto.

A FR contém a assinatura do pesquisador responsável e contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa.

Apresenta carta de anuência da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde da Prefeitura de Fortaleza, instituições a onde será realizada a pesquisa. Nela está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal, foi analisado o mérito da pesquisa, está descrito o período em que os dados serão coletados e apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável.

No cronograma está descrito quando começará cada fase do estudo, no entanto é necessário ajustar a coleta de dados para depois da aprovação no comitê de ética.

Recomendações:

Ajustar o cronograma para coleta de dados após a aprovação pelo comitê de ética.

Acrescentar no TCLE o nome completo, telefone e e-mail do pesquisador responsável de acordo com a folha de rosto

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

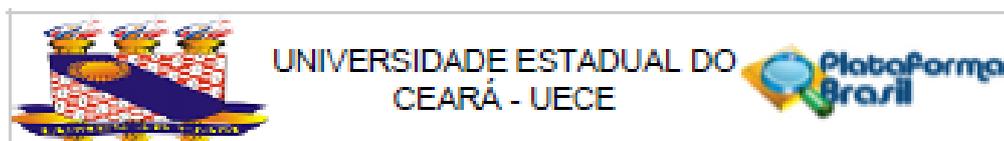
O protocolo de pesquisa atende a resolução 466/12 relativa aos preceitos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|--|------------------------|-----------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | FB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_836891.pdf | 17/02/2017 21:34:04 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | Projeto_Dissertacao_Bruno17_03.pdf | 17/02/2017 21:31:49 | Carlos Bruno Silveira | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.docx | 17/02/2017 21:25:41 | Carlos Bruno Silveira | Aceito |

Endereço: Av. Sias Munguba, 1700
 Bairro: Itaperi CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3101-9930 Fax: (85)3101-9906 E-mail: cep@uece.br



Continuação do Parecer: 1.071.007

| | | | | |
|--|----------------------------|------------------------|-----------------------|--------|
| Declaração de Instituição e Infraestrutura | Cogtes_Declaracao_2017.pdf | 17/02/2017 21:20:12 | Carlos Bruno Silveira | Acelto |
| Folha de Rosto | Folha_de_Rosto_Bruno.pdf | 17/02/2017 21:17:49 | Carlos Bruno Silveira | Acelto |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 23 de Março de 2017

Assinado por:

Rhanna Emanuela Fontenele Lima de Carvalho
(Coordenador)

Endereço: Av. Siqueira Munguba, 1700
 Bairro: Baperl CEP: 60.714-903
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (05)3101-9000 Fax: (05)3101-9006 E-mail: cep@uece.br

ANEXO D – FOLHA DE AVALIAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
Av. Dr. Silas Munguba, 1700 - Campus do Itaperi - 60.714.903
Fortaleza - CE FONE: (0xx85) 3101.9826

FOLHA DE AVALIAÇÃO

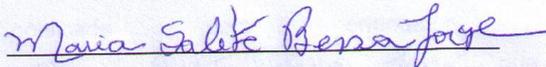
Título da Dissertação: **“AVALIAÇÃO DA ARTICULAÇÃO ENTRE A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: PROCESSOS DE TRABALHO E SUAS FERRAMENTAS NA PRODUÇÃO DO CUIDADO INTEGRAL”.**

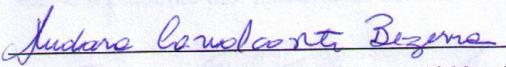
Nome do Mestrando: **Carlos Bruno Silveira**

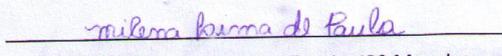
Nome do Orientador: **Profª. Drª. Maria Salete Bessa Jorge**

DISSERTAÇÃO APRESENTADA AO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA /CCS/UECE, COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE MESTRE EM SAÚDE COLETIVA.

BANCA EXAMINADORA:


Profª. Drª. Maria Salete Bessa Jorge (Presidente/Orientadora - UECE)


Profª. Drª. Indara Cavalcante Bezerra (1º Membro - UECE)


Profª. Drª. Milena Lima de Paula (2º Membro - UECE)

Data da defesa: **18/12/2017**