

**FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
Mestrado Profissional em Saúde Pública**

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

**O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A
DEMANDA POR ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA NA
REDE BÁSICA DE SAÚDE DO RECIFE.**

**Recife
2010**

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE E A DEMANDA POR
ASSISTÊNCIA ESPECIALIZADA NA REDE BÁSICA DE SAÚDE DO RECIFE

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado Profissional
em Saúde Pública, do Centro de
Pesquisas Aggeu Magalhães da
Fundação Oswaldo Cruz, como
requisito parcial para obtenção do
título de Mestre em Ciências .

Orientador:
Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RECIFE
2010

FABIANA DE OLIVEIRA SILVA SOUSA

**O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência
especializada na rede básica de saúde do Recife.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Profissional em Saúde Pública, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães da Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Data da aprovação: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Dr. Fernando Antônio Ribeiro de Gusmão Filho
(Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP)

Dra. Paulette Cavalcanti de Albuquerque
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM / Fiocruz)

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
(Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM / Fiocruz)

Aos meus pais **Reginaldo** e **Bibiana**, pelo exemplo de vida;

A **Beto**, meu amor, pelos sonhos compartilhados.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida e por seu amor manifesto em cada segundo da minha existência, sem Ele eu não teria chegado até aqui;

Aos meus pais, exemplo de força e dedicação. Mesmo sem “muito estudo” lutaram para me oportunizar a chance de estudar;

A Beto, cujo amor e alegria tem dado mais suavidade e inspiração ao meu viver;

Aos meus irmãos, sobrinhos, cunhado e cunhadas, pelo vosso amor;

A todos os meus amigos, especialmente, Liu, Chele (*in memoriam*), Lorena e Ingrid pela amizade sincera e companheirismo na luta pela Reforma Sanitária;

Ao meu orientador, Prof. Garibaldi Gurgel, pela paciência e incentivo na construção dessa dissertação;

A minha turma do Mestrado Profissional, pelos ricos momentos de discussão coletiva e alegrias vivemos juntos;

A equipe da Diretoria Geral de Regulação do Sistema da Secretaria de Saúde do Recife, por tudo que acreditamos e realizamos juntos, especialmente a Luzi e Rosinha (minha flor) pela preciosa amizade, a Walter pelo apoio no trabalho com o SSCR;

A Prefeitura da Cidade do Recife, em especial aos profissionais do Distrito Sanitário 6, nas pessoas de Dra. Daniele, Ana Nery, Nilma, Lindacelma e a todos os profissionais de saúde seu dia-a-dia pela construção de um SUS mais integral;

Aos funcionários da Biblioteca do CPqAM, pela atenção dispensada e, especialmente, a Márcia pelo carinho e simpatia;

Se, na verdade, não estou no mundo para simplesmente a ele me adaptar, mas para transformá-lo; se não é possível mudá-lo sem um certo sonho ou projeto de mundo, devo usar toda possibilidade que tenha para não apenas falar de minha utopia, mas participar de práticas com ela coerentes. (Paulo Freire)

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. **O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife**. 2010. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

RESUMO

Este é um estudo sobre a influência do modo como os trabalhadores operam o cuidado à saúde na produção e percepção de demandas e no acesso da população a uma assistência resolutiva e de qualidade. É um estudo de caso realizado na rede básica da microrregião 6.3, Distrito Sanitário 6, município de Recife-PE que descreveu o perfil da demanda por assistência especializada em cardiologia; analisou o processo de trabalho das equipes de saúde da família e identificou aspectos do processo de trabalho dessas equipes que influenciam no perfil de encaminhamento para assistência especializada em cardiologia. Foi realizada análise do banco de dados do Sistema de Regulação Municipal, análise de fichas de encaminhamento ao especialista, observação direta e grupos focais, onde foi construído o fluxograma descritor do processo de trabalho das equipes de saúde da família. No ano de 2009, foram agendadas 1.027 consultas cardiológicas no hospital filantrópico de referência. Desse total, 70% foram para mulheres e 75,3% para pessoas acima de 40 anos. Identificou-se também uma demanda reprimida de 190 pessoas que aguardavam uma vaga para consulta de cardiologia e que 34,2% das fichas de encaminhamento analisadas não apresentavam nenhuma justificativa. O fluxograma descritor e os grupos focais evidenciaram que o processo de trabalho das equipes de saúde da família é caracterizado por restrições de acesso e ausência de acolhimento; produção de cuidado médico-centrado, curativista e individual; inexistência de atividades preventivas coletivas e fragmentação na linha de cuidado, provocando descontinuidade na assistência prestada. A interação desses aspectos somados à falta de profissionais médicos na atenção básica contribui para ampliar a demanda por assistência especializada e o sofrimento da população que é referenciada para esse nível assistencial. Acredita-se que a utilização de alguns dispositivos como a inserção de equipes multiprofissionais na atenção básica trabalhando com a lógica de equipes de referência e apoio matricial e a implementação da educação permanente no cotidiano dos serviços de saúde podem auxiliar no processo de transformação do modo como se produz o cuidado em saúde, constituindo linhas de cuidado que garantam o acesso da população à uma assistência de qualidade e integral.

PALAVRAS CHAVES: Processo de trabalho, Demanda, Atenção Básica, Atenção Especializada.

SOUSA, Fabiana de Oliveira Silva. **The process of health work and the demand for specialized assistance in basic health services in Recife.** 2010. Dissertation (Masters Professional in Public Health) - Aggeu Magalhães Research Center, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2010.

ABSTRACT

This study addresses the problem of demand for care and the way how workers who operate the health care can influence the production and perception of demands and consequently the population's access to a resolute and quality assistance. This is a case study in the basic network from the 6.3 microregion, 6 Sanitary District, city of Recife-PE, which described the profile of demand for specialized care in cardiology, examined the working process of family health teams, and identified aspects of the work process of these teams that influence the profile of referrals to specialized care in cardiology. It was carried out analysis of the database of the Municipal Regulation System, analysis of the records of referral to a specialist, direct observation and focus groups where the descriptor flowchart of the working process of family health teams was constructed. In the year 2009, 1027 cardiology consultations were scheduled in reference philanthropy hospital. Of this total, 70% of schedules were for women and 75.3% for people over 40 years old. It also identified an unmet demand of 190 people awaiting a vacancy for outpatient cardiology schedule and that 34.2% of the referral records analyzed presented no justification. The descriptor flowchart and focus groups showed that the working process of the family health teams is characterized by limited access and no hospitality, production-centered curative and individual medical care, lack of collective preventive activities and fragmentation in the line of care, causing discontinuity of care. The interaction of these aspects, added to lack of medical professionals in primary care contributes to expand the demand for specialized assistance and suffering of the population that is referenced to that level of care. It is believed that the use of some devices such as the insertion of multidisciplinary teams in primary care working with the logic of reference teams and matrix support and implementation of continuing education in everyday health services can assist in transforming the way health care is produced, providing care lines to ensure the population's access to comprehensive and quality care.

KEYWORDS: Work process, Demand, Primary Care, Specialized Care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1	Mapa dos bairros do Distrito Sanitário 6, Recife, PE	39
QUADRO 1	Cronograma de visitas e reuniões realizadas para coleta de dados no período de fevereiro a maio de 2010, Distrito Sanitário 6, Recife – PE	44
QUADRO 2	Número de profissionais que participaram dos grupos focais por unidade de saúde da família, no mês de abril de 2010, o Distrito Sanitário 6, Recife –PE	47
FIGURA 2	Fluxograma Descritor de uma unidade de saúde	48
FIGURA 3	Fluxograma Descritor do processo de trabalho da USF 'X' (1ª parte), Recife-PE, abril de 2010	58
FIGURA 4	Fluxograma Descritor do processo de trabalho da USF 'X' (2ª parte), Recife-PE, abril de 2010	59

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	Caracterização das Unidades de Saúde da Família da MR 6.3 com relação ao nº de ESF completas e nº de ESF que fazem preceptoria, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010	50
TABELA 2	Distribuição de cotas mensais de consultas de cardiologia por unidade de saúde da família e unidade de referência, MR 6.3, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010	51
TABELA 3	Agendamentos das cotas mensais de consultas de cardiologia do hospital filantrópico por unidade de saúde da família da MR 6.3, no período de janeiro a dezembro de 2009, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010	52
TABELA 4	Agendamentos de consultas de cardiologia no hospital filantrópico por unidade de saúde da família e sexo do paciente, no período de janeiro a dezembro de 2009, MR 6.3, Distrito Sanitário 6, Recife, PE	53
TABELA 5	Agendamentos de consultas de cardiologia no Hospital Filantrópico rede conveniada por Unidade de Saúde da Família e faixa etária do paciente no período de janeiro a dezembro de 2009, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010	54
TABELA 6	Demanda reprimida das unidades de saúde da família da MR 6.3, no período de abril a maio de 2010, Distrito Sanitário 6, Recife, PE.	55

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

Aux. Adm.	Auxiliar Administrativo
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DS	Distrito Sanitário
ESF	Equipe de Saúde da Família
GM	Gabinete do Ministro
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
MR	Microrregião
MS	Ministério da Saúde
MSF	Médico de Saúde da Família
NASF	Núcleo de Apoio ao Saúde da Família
PACS	Programa de Agente Comunitário de Saúde
PSF	Programa de Saúde da Família
SSCR	Saúde Sistema da Central de Regulação
SSMC	Saúde Sistema de Marcação de Consultas
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	RELATO DA IMPLICAÇÃO DE UMA MILITANTE	13
2	JUSTIFICATIVA	16
3	PERGUNTA CONDUTORA	19
4	OBJETIVO	20
4.1	Objetivo Geral	20
4.2	Objetivos Específicos	20
5	REFERENCIAL TEÓRICO	21
5.1	Necessidades de saúde	21
5.2	Demanda e oferta em saúde	24
5.3	Sobre o SUS e os modelos tecnoassistenciais	26
5.4	Redes, linhas de cuidado ou emaranhado de caminhos? O desafio da integralidade	28
5.5	Estratégia de Saúde da Família na composição de linhas e redes	30
5.6	O trabalho em saúde	32
6	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	37
6.1	Delineando o tipo de estudo	37
6.2	Período de Estudo	40
6.3	População de Estudo	40
6.4	Coleta e Análise dos Dados	40
6.5	Considerações Éticas	49
7	DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	50
7.1	Algumas características da área de estudo	50
7.2	Sobre a oferta de cardiologia	51
7.3	Utilização da oferta de cardiologia	52
7.4	Perfil da demanda referenciada para assistência cardiológica	53
7.5	Demanda Reprimida	55
7.6	Preenchimento das Fichas de Encaminhamento ao Especialista	56
7.7	O Fluxograma Descritor do processo de trabalho da ESF	57
7.7.1	Breve descrição dos Fluxogramas	60
7.7.2	Análise dos Fluxogramas	61
8	DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	74
8.1	Perfil da demanda	74
8.2	Demanda reprimida	74
8.3	Preenchimento da justificativa do encaminhamento ao especialista	75
8.4	O acesso na atenção básica: porta estreita e sem acolhimento	76
8.5	Ausência de prevenção e centralidade na assistência médica e individual	77
8.6	A (des)continuidade do cuidado e a fragmentação das redes	80

8.7	Demanda: nesse rio deságua muitas águas!	83
8.8	Sugestões para mudança	84
8.8.1	A Educação Permanente na composição do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família	84
8.8.2	A potência da interdisciplinaridade no cuidado a saúde	85
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	88
	REFERÊNCIAS	91
	Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
	Apêndice B - Roteiro do Grupo Focal	103
	Anexo A - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa do CPqAM	104
	Anexo B - Carta de anuência institucional	105

1 RELATO DA IMPLICAÇÃO DE UMA MILITANTE

A situação do sujeito implicado com a ação protagônica está comprometida, antes de tudo com a ação, a construção intencional que dê sentido para o agir em determinados campos da atividade humana. A mobilização para conhecer vem de certos incômodos que a ação protagônica pode gerar como acontecimento, mobilizando que as várias dimensões do sujeito interajam para conduzir a um saber militante, igualmente válido e legítimo, permitindo- lhe compreender “mais” sobre a situação e a ação, para continuar agindo (MERHY, 2004, p. 42-43).

Conclui minha graduação em fisioterapia no ano de 2004, após uma rica vivência no movimento estudantil, onde aprendi a militar por uma verdadeira Reforma Sanitária. No início de 2005 ingressei no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães e pude então vivenciar, no cotidiano dos serviços e da gestão, o desafio que é construir um sistema de saúde que seja mais acessível, integral e humanizado e o quanto de desejo, força, sonho e lutas esse caminho de construção requer.

Foi a partir de minha inserção prática no contexto da gestão de sistemas municipais de saúde que foram surgindo perguntas do tipo: como planejar a assistência à saúde de forma mais coerente com as necessidades de saúde da população? A princípio, pareciam fáceis de serem respondidas, mas com o tempo percebi que iriam demandar muita atenção e investigação. E esse caminho tem sido construído com algumas leituras, reflexões e muitas inquietações. E conforme Minayo (2000) “a relação dialética entre teoria e realidade empírica se expressa no fato de que a realidade informa à teoria que por sua vez a antecede, permite percebê-la, formulá-la, dar conta dela, fazendo-a distinta”.

No meu último estágio da residência pude vivenciar o início da construção da Política de Regulação Municipal do Recife. Quando conclui a residência fui contratada pela Diretoria Geral de Regulação do Sistema para compor a equipe da Gerência de Fluxos Assistenciais. Dentre as atribuições dessa gerência estava o estudo das necessidades e demandas por assistência especializada, a distribuição da oferta especializada do município e o planejamento dos fluxos assistenciais intramunicipais.

Um dos aspectos que mais me inquietava no exercício dessa função era a forma como o estudo de necessidades e o planejamento da oferta assistencial eram realizados. Através do uso de instrumentos normativos (portarias ministeriais) onde constavam parâmetros (nacionais) para estimar a necessidade assistencial de uma dada população.

Uma desses instrumentos é a Portaria do Gabinete do Ministro da Saúde (GM/MS) Nº 1.101/02 que estabelece parâmetros para consultas, exames e internações de várias especialidades e cuja base de cálculo é a população residente em um dado território (BRASIL, 2002). Um aspecto fundamental na constituição desses parâmetros é que eles foram elaborados com base em séries históricas de produção de procedimentos (consultas, exames e internações), ou seja, com base no faturamento de serviços assistenciais prestados, fato que pode estar muito distante da necessidade real (BRASIL, 2002).

No dia-a-dia da gerência de fluxos assistenciais, percebíamos o quanto os parâmetros da portaria GM/MS Nº 1.101/02 destoavam da realidade da população e, ao longo de três anos, exercendo essa função tentamos construir outros instrumentos e/ou estratégias para estimar a necessidade assistencial da população do Recife e, dessa forma, planejar uma oferta que colaborasse para ampliar o acesso à assistência especializada.

Em concordância com Minayo (2000), “nada pode ser intelectualmente um problema se não tiver sido, em primeira instância, um problema da vida prática. Isto quer dizer que a escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo” e cultivando várias inquietações é que busquei no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Coletiva, um espaço propício para estudarmos e propormos a construção de uma metodologia para definição de parâmetros assistenciais.

Depois que ingressei no mestrado e aprofundei alguns estudos, percebi que a proposição de novos parâmetros requereria mais tempo do que eu dispunha no mestrado. Além disso, o aprofundamento do estudo sobre o comportamento das demandas e das necessidades seria de grande relevância para a organização de redes assistenciais mais acessíveis e integrais.

Sabe-se que o modelo assistencial predominante no Brasil é caracterizado por uma prática clínica centrada nos aspectos biológicos e fortemente consumidora

de insumos do complexo médico – industrial que “mantém a acumulação de capital no setor da saúde, através do altíssimo consumo de máquinas, instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos de diagnose e terapia” (FRANCO, 2003). Esse modo de produção do cuidado em saúde favorece tanto a geração de demanda para especialistas, quanto alto consumo de exames complementares.

Outro aspecto importante e que impacta diretamente a demanda por assistência especializada é o nível de resolutividade da rede básica. Entretanto, a capacidade resolutiva da atenção básica no Brasil não está ligada apenas ao recurso instrumental e conhecimento técnico dos profissionais, mas também a ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o paciente e ao nível de articulação da rede básica com os demais níveis do sistema de saúde, garantindo assim a integralidade da assistência (FRANCO, 2003).

Considerando que os serviços de saúde induzem demanda e que um dos fatores que influenciam na geração de demanda é o modo como os trabalhadores operam o cuidado à saúde, optei por pesquisar sobre a micropolítica do processo de trabalho na rede básica de saúde e sua influencia na geração de demanda por assistência especializada de cardiologia na cidade do Recife. Pois assim, acreditamos que seria possível identificar fatores e realidades que operam no dia-a-dia dos serviços e do cuidado à saúde da população que impactam diretamente na percepção de necessidades e na demanda para esses serviços especializados.

2 JUSTIFICATIVA

O acesso aos serviços de saúde no nível da atenção especializada é um ponto importante de estrangulamento da gestão da saúde no município de Recife. Há uma grande demanda por recursos assistenciais, num contexto de oferta insuficiente e, muitas vezes, utilizada de forma irracional o que tem resultado em longas filas de espera para alguns procedimentos, causando o atraso no diagnóstico e tratamento dos pacientes.

O município de Recife é a capital do estado de Pernambuco, conta com 1.561.663 habitantes (IBGE, 2009) distribuídos em 94 bairros agrupados em 6 distritos sanitários. Com um total de 54% da população coberta por PSF, a rede básica municipal de saúde é composta por 113 Unidades de Saúde da Família (USF), com 240 Equipes de Saúde da Família (ESF) e 27 unidades tradicionais que estão articuladas a 85 serviços especializados como Policlínicas, Clínicas de Exames e Diagnósticos, Centros Especializados, Centros de Atenção Psicossocial, Clínicas de Reabilitação, Maternidades e Hospitais Gerais.

A Secretaria de Saúde do Recife tem implementado diversas ações com o objetivo de reestruturar o seu modelo de atenção, propondo organizar a porta de entrada do sistema de saúde, através da expansão da Estratégia de Saúde da Família e ampliação da oferta de serviços de média complexidade. O município possui ainda, uma política municipal de regulação da assistência a saúde, cujos objetivos principais são a reestruturação de fluxos assistenciais de referência e contra-referência da atenção básica para a média e alta complexidade e a regulação do acesso aos serviços municipais de saúde.

Apesar dos esforços empreendidos para superar as iniquidades no acesso aos serviços de saúde e visando garantir a integralidade da assistência, esse município ainda encontra problemas como demanda reprimida na assistência especializada, refletindo na longa fila de espera dos usuários para acessar alguns serviços especializados (em algumas especialidades o usuário pode esperar até 1 ano para conseguir o atendimento), e a dificuldade de articulação em rede das unidades de atenção básica e as unidades de média complexidade, comprometendo assim a resolutividade do sistema de saúde.

Além disso, é possível observar algumas contradições no comportamento da demanda e da oferta assistencial em Recife, uma vez que é possível encontrar no mesmo território unidades de saúde que possuem elevada demanda reprimida para determinadas especialidades médicas e, ainda assim, apresentam elevado percentual de absenteísmo dos pacientes que são agendados para essa mesma assistência especializada.

Embora, muitas hipóteses sejam levantadas pela equipe da Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS) para explicar esse elevado absenteísmo, tais como: dificuldades de comunicação entre as unidades de saúde e os pacientes e a falta de recursos financeiros dos pacientes para pagar o transporte, também interrogamos se não estaria havendo encaminhamentos desnecessários para assistência especializada, de tal forma que o paciente, mesmo tendo uma consulta e/ou procedimento agendado, não sinta necessidade de consumir determinado serviço. Nesse caso, talvez existam aspectos dos processos de trabalho dos profissionais das unidades básicas que dificultem a identificação da necessidade da população para utilizar serviços de saúde e, dessa forma, colaboram para aumentar as falhas nos encaminhamentos para assistência especializada.

Sendo assim, estudos sobre a organização dos processos de trabalho desenvolvidos nas unidades básicas podem ajudar a identificar aspectos que impactam diretamente no perfil de demanda para os outros níveis assistenciais, gerando assim subsídios para o planejamento de ações que favoreçam a construção da integralidade no Sistema Único de Saúde (SUS).

Considerando que a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma das causas básicas da principal causa de óbito no Brasil que são as doenças cardiovasculares; um dos grupos populacionais prioritários no âmbito da Atenção Básica são as pessoas que vivem com hipertensão e que a especialidade de cardiologia é uma área de grande relevância para integralidade do cuidado dessas pessoas é que optamos em estudar o processo de trabalho das equipes de saúde da família no cuidado com uma pessoa que vive com HAS e analisar o modo como esse trabalho influencia na demanda por atenção especializada de cardiologia.

Vale salientar que, nesse estudo, não objetivamos avaliar a qualidade da atenção básica e nem das ações programáticas para o controle da HAS. Apenas,

utilizaremos essa morbidade como condição traçadora para analisar o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

3 PERGUNTA CONDUTORA

Como os aspectos do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família têm influenciado nos encaminhamentos gerados para a assistência especializada em cardiologia na micro-região 6.3 do Recife?

4 OBJETIVO

4.1 Objetivo Geral

Analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família e a sua relação com a geração de demanda por assistência especializada em cardiologia na rede básica da microrregião (MR) 6.3 do Distrito Sanitário 6 do Recife.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Descrever o perfil da demanda por assistência especializada em cardiologia na rede básica de saúde da microrregião 6.3 do Distrito Sanitário 6 do Recife;
- b) Analisar o processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família da microrregião 6.3 do Distrito Sanitário 6 do Recife;
- c) Identificar aspectos do processo de trabalho em saúde das Equipes de Saúde da Família que influenciam no perfil de encaminhamento para assistência especializada em cardiologia.

5 REFERENCIAL TEÓRICO

Realizaremos uma breve revisão bibliográfica sobre necessidades de saúde, demanda e oferta, processo de trabalho e modelos tecno-assistenciais com vistas a apresentar alguns elementos teóricos importantes para a construção dessa dissertação.

5.1 Necessidades de saúde

As necessidades sociais, que também englobam as necessidades de saúde, referem-se a um dado conjunto de carências de pessoas que pertencem a diversas classes sociais e, por isso, essas necessidades existem e se expressam de formas desiguais, pois desiguais são os acessos aos produtos que satisfazem essas necessidades (CAMPOS; BAIATERO, 2007).

Segundo Stotz (1991), as necessidades de saúde são percebidas e expressas, por indivíduos, enquanto dificuldades e busca de possibilidades para a reprodução da vida e esses aspectos não existem separadamente dos processos sociais nos quais esses indivíduos estão imersos. O referido autor, afirma, ainda, que das mediações sociais que influenciam a reprodução dos processos vitais dos indivíduos, a mais relevante, para superar as dificuldades impostas a essa reprodução, seria o modo de organização política da sociedade. Além disso, os modos de ordenamento político de uma dada sociedade implicam diversos modelos de “proteção à saúde e às condições de vida dos indivíduos que socialmente são desiguais”.

Assim, os diversos níveis de saúde e adoecimento que se concretizam de forma biológica e psíquica nos indivíduos têm origem nas condições materiais da vida cotidiana, “nos perfis de reprodução social em que se desenvolvem como seres sociais” (CAMPOS; BAIATERO, 2007). Nesse sentido, para satisfazer as necessidades de saúde seria necessário tomar como finalidade do trabalho em saúde as carências dos indivíduos das diferentes classes sociais, num dado

território, e construir a política de saúde na perspectiva do direito universal (CAMPOS, 2004).

É importante ressaltar que o termo “necessidade de saúde” opondo-se ao conceito de demanda foi utilizado por alguns autores ante a constatação das falhas de mercado e da complexidade das relações entre produtor e “consumidor” no campo da saúde para, assim, aproximar-se de um conceito mais coerente, do ponto de vista científico e ético, para planejar o quanto se deve produzir de ações e serviços de saúde para atender determinada população (CASTRO, 2002).

A partir do estudo de Stotz (1991), Cecílio (2001), Cecílio e Matsumoto (2006) propuseram uma taxonomia das necessidades de saúde integralizadora da visão dos sujeitos individuais e coletivos, organizada em quatro grandes conjuntos: o primeiro conjunto diz respeito à necessidade de boas condições de vida; o segundo se refere à necessidade de acesso a todas as tecnologias de atenção à saúde que melhorem e prolonguem a vida; o terceiro diz respeito à necessidade de ter vínculo com um profissional ou uma equipe de saúde; e o último conjunto se refere à necessidade de autonomia na construção do seu “modo de andar a vida”. Considerando essa taxonomia, tomaremos como definição de necessidades de saúde, neste estudo, o conjunto de necessidades referentes ao acesso universal e integral aos serviços de saúde. Considerando que essa dimensão de necessidades constitui-se como um dos determinantes da condição de saúde da população, conforme definição de saúde dada pela Constituição Brasileira (BRASIL, 1988).

Campos e Baiatero (2007) realizaram uma pesquisa bibliográfica sobre estudos que abordavam o tema necessidades de saúde e identificaram que, 62% dos artigos encontrados referiam-se a necessidades de saúde enquanto sinônimo de necessidades de cuidado de doenças ou etapas específicas de um determinado ciclo vital, como por exemplo, a fase reprodutiva. Conhecendo a relação existente entre necessidades e processos de trabalho, os referidos autores afirmam que os resultados encontrados indicam “que as ações em saúde reiteram que necessidades de saúde são respondidas com o consumo de um procedimento de saúde – majoritariamente, a consulta médica”.

Sabe-se que, ao longo do século XX, ocorreram descobertas importantes para o campo da assistência a saúde, tais como: a descoberta da microbiologia que possibilitou a compreensão do mecanismo de transmissão de muitas doenças e o

desenvolvimento de várias vacinas; a criação dos quimioterápicos e dos antibióticos que desencadearam intervenções no combate às doenças, fortalecendo o papel da indústria farmacêutica no campo das intervenções terapêuticas; e o desenvolvimento do setor industrial de equipamentos e materiais médicos, a maioria, voltados para o diagnóstico das doenças (MATOS, 2005).

O desenvolvimento de todas essas tecnologias, se por um lado representa um avanço científico para ampliar as possibilidades de prevenção e cura de doenças, também colaborou para que muitos agentes econômicos, pertencentes ao dito “complexo médico-industrial” buscassem ampliar seus lucros financeiros através da indução da utilização dessas tecnologias, “para além das situações nas quais, segundo evidências científicas disponíveis, seu uso estaria indicado” (MATOS, 2005). Esse autor ressalta, ainda, a importância dos estudos científicos, principalmente, dos estudos epidemiológicos, para avaliar e/ou validar a indicação dessas tecnologias em situações específicas, seja para o diagnóstico ou para o tratamento.

Nesse contexto, as necessidades de saúde estão freqüentemente associadas à assistência, expressa na demanda e na oferta de ações nos serviços de saúde (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996). O paciente procura nos serviços de saúde uma ação/intervenção que diminua o sofrimento causado por uma doença. Assim, os processos de trabalho são estruturados para dar resposta à necessidade que levou o paciente ao serviço, e “valendo-se dessa resposta, reitera-se ao usuário o que ele precisará consumir em situação semelhante, bem como onde buscar” (CAMPOS; BATAIERO, 2007).

Dessa forma, a organização das ações de saúde para a “produção e distribuição efetiva dos serviços, será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, contexto instaurador de necessidades”, ou seja, gerador de demandas assistenciais (SCHRAIBER; MENDES GONÇALVES, 1996).

5.2 Demanda e oferta em saúde

Estudar a oferta, ou seja, o “quanto” deve ser produzido e a procura (demanda) por determinado serviço e/ou produto, estimando o número de possíveis “consumidores”, tem especial relevância para o planejamento orçamentário e produtivo de qualquer organização, inclusive dos serviços de saúde (FELICISSIMO; DUARTE, 2004).

A busca por assistência à saúde tem sido, no Brasil, empreendida predominantemente por indivíduos, tanto porque esse movimento resulta de uma determinação subjetiva, quanto pela forte cultura de valorização da demanda espontânea. Esta tem sido politicamente instituída por vários sistemas de saúde para viabilizar a prestação da assistência como uma ação caridosa, ou como um bem acessível aos que têm algum mérito por estar contribuindo com o acúmulo de capital, ou ainda como um artigo de mercado (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; MERHY, 1997; MENDES, 1995).

Esses sentidos de organização tecnoassistencial são orientados por um certo corpo de conhecimento que se fundamenta na primazia do econômico frente ao desejo e ao direito de recuperação, proteção e promoção da saúde. Isso significa que os conhecimentos instruem a execução do trabalho e a organização das ações e serviços de saúde para atender parcialmente ao desejo de quem busca (demanda), e plenamente o interesse de quem presta assistência (MERHY; CECÍLIO; NOGUEIRA FILHO, 1991; MERHY, 1997; MENDES, 1995).

A demanda pode ser conceituada como a busca do usuário/cliente por determinados bens ou serviços e é resultante da relação entre a necessidade, a oferta e o consumo desse bem ou serviço (FELICISSIMO; DUARTE, 2004).

No campo da micro-economia, a Teoria da Oferta e da Demanda preconiza a estratégia de livre competição para regulação do mercado de produção de bens e serviços (CASTRO, 2002). No entanto, no campo da saúde, não podemos fazer a aplicação direta dos conceitos dessa teoria para organizar o processo de produção e consumo das ações de saúde, por causa das clássicas falhas de mercado identificadas no setor saúde.

O risco moral, por exemplo, é uma das falhas de mercado que está relacionado à tendência de aumentos excessivos no consumo (demanda) de bens e

serviços de saúde e justificam a necessidade de maior intervenção estatal na política de saúde. Esse aumento excessivo de demanda ocorre quando consumidores e produtores não são responsáveis diretos pelo pagamento das ações e procedimentos consumidos (CASTRO, 2002).

Dessa forma, é possível perceber a influência da oferta na geração de demanda, já que o profissional de saúde, especialmente o médico, atua do lado da oferta, prestando o serviço, e do lado da demanda, como agente do paciente, dizendo o que o mesmo precisa consumir, pois o paciente, geralmente, não dispõe de informações suficientes para discernir o que precisa para melhorar sua condição de saúde (CASTRO, 2002).

A Lei de Roemer enuncia que a oferta de serviços de assistência a saúde é, por si só, geradora de sua própria demanda. Tese, fortemente sustentada por constatações empíricas de que a ausência de demanda por determinado serviço e/ou procedimento ocorre, muitas vezes, pela inexistência de equipamentos, profissionais qualificados e serviços estruturados para prestação de tal assistência (FELICISSIMO; DUARTE, 2004).

Além desses aspectos, sabe-se que a incorporação tecnológica nos processos de trabalho dos profissionais de saúde, especialmente, no campo do diagnóstico, a ação da mídia e os padrões culturais de uma dada sociedade também podem influenciar no perfil de demanda por serviços de saúde (CAMARGO JÚNIOR, 2005).

A assimetria de informações quanto ao processo de saúde e adoecimento, torna o paciente dependente da prescrição médica para estabelecer que ações e/ou procedimentos são necessários para sua cura. As conseqüências dessa forma de organização das ações assistenciais sobre a população são diversas, pois o usuário do serviço de saúde, geralmente, não possui informações suficientes para discernir sobre a real necessidade de um dado procedimento que lhe foi indicado pelo profissional de saúde. As solicitações de procedimentos diagnósticos ou de medicamentos, por exemplo, geralmente, são consideradas por ele como necessárias (MATTOS, 2005).

O foco da atenção a saúde com base no procedimento induziu a formação de opinião da população de que essa é a forma mais adequada para cuidar da saúde. Essa realidade influencia o modo como os profissionais e usuários “percebem o

serviço de saúde, criando por assim dizer, processos de subjetivação que produzem uma dada forma de ver e se relacionar como mundo da saúde” (FRANCO; MERHY, 2005).

E, desta forma, vê-se aumentar no cotidiano dos serviços de saúde situações de conflito entre usuários e profissionais de saúde, quando esses divergem no tocante a necessidade de encaminhamento para outros serviços assistenciais. É, nesse momento, que entra em conflito a “construção imaginária da demanda” por parte da população e a percepção de “necessidade tecnicamente orientada pelo profissional, a partir de uma escuta qualificada e responsabilização por seu problema de saúde” (FRANCO; MERHY, 2005).

É possível observar no modelo assistencial ainda predominante no nosso país, que os serviços são constituídos não em função de necessidades de saúde, e sim a partir da existência de uma demanda potencial. Além disso, esse modelo assistencial caracteriza-se por uma organização do trabalho em saúde, cuja ênfase, está nos aspectos biológicos e na cultura consumidora de procedimentos do complexo médico – industrial, contribuindo assim, para o aumento da demanda para especialistas e o alto consumo de exames complementares (FRANCO, 2003).

5.3 Sobre o SUS e os modelos tecnoassistenciais

Desde a década de 80, têm-se empreendido muitos esforços técnicos, ideológicos e políticos, de dentro e de fora do âmbito do governo, para construir um sistema de saúde integral, universal e equânime como direito de cidadania e dever do Estado, que se denominou de Movimento da Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária é um projeto de resistência criado no âmbito das lutas sociais da década de setenta do século passado, quando o autoritarismo político ainda se fazia exercer. Consideramos que a primeira vitória política desse projeto aconteceu na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS) realizada em 1986, quando essa instância de participação social, com forte presença popular, deliberou favoravelmente pelas propostas de construção do sistema de saúde universal. A segunda vitória consistiu na inclusão de várias propostas do relatório final da VIII

CNS na Lei Magna promulgada em outubro de 1988. E a terceira vitória foi quando o SUS foi regulamentado em lei (BRASIL, 1988, 1990).

O principal propósito da Reforma Sanitária é concretizar no Brasil a sua concepção de saúde, o direito de cidadania, que implica em criar condições de acesso universal e equânime às ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, organizadas em uma rede de serviços de diferentes níveis de complexidade e densidade tecnológica que passa a se chamar Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1988).

Esse intento, ainda que avançado no aporte jurídico tem sido lentamente conquistado no cotidiano. Em alguns municípios e estados brasileiros, existe movimentos no intuito de criar novos modelos assistenciais que favoreçam a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS, como foram os casos do saudicidade em Curitiba, em defesa da vida em Campinas e Silos-Bahia (SILVA JÚNIOR, 1998).

Alguns autores conceituam modelos assistenciais como um modo de organizar ações e serviços para intervenção no processo saúde-doença, articulando recursos físicos, tecnológicos e humanos, para enfrentar e resolver os problemas de saúde em uma coletividade (PAIM, 1999). Nesse estudo, preferimos adotar a definição de Merhy, Cecílio e Nogueira Filho (1991), onde os modelos tecnoassistenciais constituem-se da produção de serviços a partir da articulação de saberes e tecnologias que, baseados em projetos políticos, fazem a disputa pelo modo de organizar a assistência a saúde.

Diversos autores têm estudado o esgotamento do modo de se produzir saúde segundo as diretrizes “biologicistas” do ensino médico e os interesses liberais do mercado (CAMPOS, 1992; CECÍLIO, 1994). Nesse modelo, chamado por erhy (1998) de médico produtor de procedimentos ou modelo médico hegemônico, a assistência à saúde é basicamente voltada para o ato individual prescritivo que gera procedimentos, não sendo consideradas as determinações do processo saúde-doença nas dimensões sociais, ambientais e relacionadas às subjetividades, valorizando apenas as questões biológicas. Dessa forma, segundo Malta et al. (2004), o modelo tecno-assistencial ainda predominante no âmbito do SUS caracteriza-se pela produção de atos desconexos sem uma intervenção articulada e cuidadora, reduzindo, assim, a eficácia da assistência prestada.

5.4 Redes, linhas de cuidado ou emaranhado de caminhos? O desafio da integralidade

No intuito de garantir o acesso integral à assistência saúde, uma das estratégias mais discutidas, atualmente, é a organização de redes assistenciais. Tomando a regionalização como princípio, foram desenvolvidos no Brasil conceitos como níveis de complexidade da atenção, referência e contrarreferência, população referenciada, dentre outros, que servem para orientar a discussão dos processos integrados de gestão na construção do atendimento em saúde com resolubilidade em unidades de diferentes perfis assistenciais e organizadas hierarquicamente (JESUS; ASSIS, 2010).

Os conceitos de referência e contrarreferência assumem relevância especial no planejamento dos fluxos assistenciais que o usuário pode percorrer e, conseqüentemente, na construção das redes de atenção a saúde. Segundo Maeda (2002), 'referência' representa o maior grau de complexidade tecnológica, para onde o usuário é encaminhado para um atendimento com profissionais especialistas, por exemplo, hospitais e clínicas especializadas. E a contrarreferência é a informação para o menor grau de complexidade tecnológica, quando a necessidade do usuário, em relação aos serviços de saúde, pode ser atendida em nível mais primário de atenção, devendo ser esta a unidade de saúde mais próxima de seu domicílio (MAEDA, 2002).

Entendendo que redes assistenciais é um conceito que se refere a um conjunto de unidades de diferentes perfis e funções, organizadas de forma articulada, responsáveis pela provisão integral dos serviços de saúde, numa dada região, pressupõe-se que seja pertinente o estabelecimento de mecanismos comunicacionais que assegurem a referência e contrarreferência entre as unidades que compõe essa rede de serviços (KUSHNIR, 2006).

No debate atual sobre o princípio da integralidade, entendida também como o acesso a todos os recursos assistenciais que o usuário necessita, tem-se reafirmado que a construção das redes pode proporcionar ao usuário a garantia de um caminho ininterrupto de cuidado a sua saúde, configurando assim as linhas de cuidado, ou

seja, um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário (FRANCO, 2003a).

A construção de linha do cuidado parte do princípio da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao usuário e focada em seu campo de necessidades. Essa linha inicia-se na entrada do usuário, seja em serviços de urgência, atenção básica ou especializada e, partir daí, abre-se um caminho que se estende conforme as necessidades do usuário por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros (MERHY, CECÍLIO, 2003).

Nas linhas de cuidado, a rede é organizada para o cuidado progressivo ao usuário, numa dimensão cuidadora horizontal como a defendida no modelo do círculo, apresentado por Cecílio (1997). Esse autor, ao discorrer sobre os modelos tecnoassistenciais em saúde no tocante aos fluxos dos usuários, apresenta o modelo do círculo como estratégia para qualificar as portas de entrada, a fim de que se possa alcançar espaços privilegiados de acolhimento, vínculo e responsabilização no cuidado com a saúde, individual e coletiva.

Outros autores como Ceccim e Ferla (2006, p.167) também defendem a lógica de linha de cuidado na organização de redes de saúde, em substituição ao modelo piramidal:

Em lugar da tradicional pirâmide de porta de entrada única e mobilidade padronizada, atada num trânsito somente formal e técnico-racionalista (serviço-centrados; profissional-centrados), uma malha de cuidados ininterruptos, organizados de forma progressiva. [...] por entre ligas e conexões, correm as linhas de cuidado que devem assegurar a satisfação das demandas dos usuários. É assim que devem organizar-se os fluxos e mecanismos de acesso que ampliam o universo e a natureza das unidades de produção da saúde em sua condição de conectadas em rede para o cuidado.

Nesse sentido, a constituição de linhas de cuidado precisa também de “um redirecionamento permanente do processo de trabalho,” onde a interdisciplinaridade assume relevância para auxiliar na ampliação das compreensões e interpretações sobre o processo de vida e adoecimento de uma dada população, pois “não é uma

patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa” (CECCIM; FERLA, 2006).

A partir do termo "linha de cuidado", pode-se inferir que a compreensão de integralidade relacionada à organização dos serviços de saúde é aquela em que o caminho a ser percorrido por um usuário, desde a unidade básica e passando por diferentes serviços, ocorre de tal sorte que, ao seu final, completa-se o leque de cuidados necessários ao seu problema de saúde. Assim, de acordo com Magalhães Júnior e Oliveira (2006),

a linha de cuidado como ferramenta auxiliadora na organização dos serviços vem sendo tomada como abordagem mais adequada nas práticas assistenciais, na medida em que permite simular todas as situações decorrentes do problema de saúde inicial, de modo a desenvolver ações gerenciais que possam prover as necessidades dos usuários.

Contudo, pode-se dizer que, embora a expressão linha de cuidado seja considerada por alguns autores como um modelo ideal de organização assistencial com vistas à integralidade, ainda é necessário a realização de estudos avaliativos que comprovem o impacto desse arranjo organizacional na qualidade da atenção a saúde da população.

5.5 A Estratégia de Saúde da Família na composição de linhas e redes

Segundo Starfield (2002), os serviços de primeiro contato, também chamados de porta de entrada, configuram o nível assistencial da atenção básica e devem ser de fácil acesso, pois esse aspecto é essencial em modelos organizados por nível de atenção (hierarquizados), como é o caso do Brasil. Essa autora, afirma ainda, que se esses serviços de saúde não estiverem habilitados para manejar e diagnosticar adequadamente os problemas, a atenção necessária é adiada.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2001), a atenção Básica compreende “um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de

agravos, tratamento e reabilitação”. No Brasil, desde a década de 90, o governo federal tem instituído como política de atenção básica o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), criado em 1991, e o Programa da Saúde da Família (PSF), criado em 1994 (VIANA; DAL POZ, 2005).

Inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema de saúde, a Unidade de Saúde da Família está vinculada a uma rede de serviços que, hierarquizada, deve garantir assistência integral aos indivíduos e seus familiares, referenciando aos níveis especializados quando as situações ou problemas identificados requerem resolução fora do âmbito da atenção básica (BRASIL, 2001).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), a Equipe de Saúde da Família deve ser composta por profissionais capazes de resolver os problemas de saúde mais comuns e de manejar novos saberes, que promovam a saúde e previnam doenças em geral. Além disso, o Ministério da Saúde entende que o fortalecimento da atenção básica se dá com a ampliação do acesso e a qualificação e reorientação das práticas de saúde embasadas na promoção da Saúde. Por isso, estabeleceu-se que apenas 15% dos casos devem ser encaminhados para serviços mais especializados, e que nesses casos, a ESF é responsável pela coordenação do cuidado, ou seja, ela é responsável pelo referenciamento do usuário quando necessário, articulando outros serviços, discutindo os casos e recebendo a contra-referência para continuar os cuidados básicos (BRASIL, 2001).

Cecílio (1997) aponta como vantagens da Saúde da Família a idéia de expansão da cobertura e democratização do acesso; a criação de uma “porta de entrada” composta por uma ampla rede de serviços de atenção básica; a hierarquização como forma de racionalização no uso dos recursos, garantindo o acesso para o usuário a todas as tecnologias que forem necessárias e, por fim, a proximidade do serviço de saúde da residência do usuário, como elemento facilitador do acesso e do vínculo.

Mas, nesse mesmo estudo o autor aponta que a Estratégia de Saúde da Família ainda não conseguiu se concretizar como um serviço de primeiro contato resolutivo e de qualidade. Ele, considera ainda, que o acesso aos serviços especializados, organizados hierarquicamente, continua sendo muito difícil, apesar dos diversos mecanismos implantados de referência a partir da atenção básica (CECÍLIO, 1997).

Neste sentido, ao considerar as múltiplas estratégias que os usuários utilizam para acessar os serviços de que necessitam, Cecílio (1997) propôs o arredondamento da pirâmide, como arranjo para organizar as redes de atenção, como já citamos anteriormente. Nesse tipo de modelagem, os serviços integrantes da rede básica de saúde teriam a missão de

[...] reconhecer os grupos vulneráveis de sua área de atuação e a responsabilidade de garantir atendimento adequado a todas as pessoas, principalmente àquelas com maior risco de adoecimento e morte. Para tanto, suas principais atividades devem ser: delimitar e conhecer profundamente seu território; prestar atendimento direto às pessoas componentes dos grupos mais vulneráveis; e funcionar como articulador competente do acesso destas pessoas a recursos de tecnologia mais complexa, em outros pontos do sistema (CECÍLIO, 1997).

Além do debate sobre o papel da atenção básica na composição de redes integrais de atenção a saúde, para muitos pesquisadores como Campos (1994), Franco (1999), Franco e Merhy (2005) e Ceccim e Ferla (2006) é fundamental a reflexão sobre os processos de trabalho na prestação do cuidado à saúde, principalmente porque esses autores acreditam que a micropolítica do trabalho é uma arena estratégica na disputa pela mudança do modelo tecnoassistencial, ainda predominante no SUS.

5.6 O trabalho em saúde

A análise do processo de trabalho tem sido objeto de muitos estudos sobre a mudança na lógica de produção da assistência à saúde. Neste sentido, diversos autores implicados com este debate (MERHY, 2002; FRANCO, 2003; CAMPOS, 2007) tomaram o trabalho em e sua dimensão micropolítica envolta na produção do cuidado como área de grande relevância no debate sobre a mudança dos modelos tecnoassistenciais.

O modo de produção capitalista induziu muitas transformações nas relações de trabalho, inclusive na produção da saúde. Neste sentido, o capital tem induzido

um modo de fazer em saúde a partir da compreensão de seu valor de troca, isto é do seu potencial lucrativo de mercadoria, e tornaram o sistema como “produtor de procedimentos”, valorizando o saber médico especializado e o uso de insumos como medicamentos e equipamentos de diagnóstico de ponta (FRANCO, 2003).

Os estudos de Taylor na aplicação dos princípios da gerência científica, no início do século XX, influenciaram o modo de organização do trabalho na indústria e, também, no setor de serviços (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004). A realização de estudos sobre o tempo de execução das atividades, registros quantitativos do trabalho operacionalizado, estabelecimento de rotinas, ajustes no ambiente físico do trabalho para diminuição dos tempos gastos sem produção, contribuíram para aumentar a produtividade e ampliar a divisão do trabalho e a mecanização da produção (RIBEIRO; PIRES; BLANK, 2004).

Campos (1997) afirma que o trabalho em saúde, na maioria das vezes, é um trabalho coletivo, realizado por diversos profissionais de saúde e é influenciado pelas formulações tayloristas, expressas no excesso de normatização administrativa e padronização técnica, criadas com objetivo de controlar e regulamentar o conjunto do trabalho. O referido autor também aponta para a ocorrência de dificuldades entre “a proposta de cuidado/assistência generalista e a baseada na especialização”.

Sabe-se que o trabalho em saúde está organizado de modo altamente especializado que induz uma diminuição crescente da capacidade de cada profissional resolver problemas, resultando assim, em “tratamentos cada vez mais longos, envolvendo inúmeros especialistas, com custos crescentes, com mais sofrimento e restrições impostas aos clientes”, dificultando a compreensão integral do sujeito que precisa de cuidados em saúde (CAMPOS, 1997).

Assim, esse trabalho é compartimentalizado, onde “cada grupo profissional se organiza e presta parte da assistência de saúde separado dos demais, muitas vezes duplicando esforços e até tomando atitudes contraditórias” (PIRES, 2000). Segundo esse autor, o trabalho em saúde é parte do setor de serviços e encontra-se num patamar de produção não material, que adquire sentido de completude no ato de sua realização. Dessa forma, não possui como resultado um produto material, “já que o produto é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade”.

O trabalho em saúde é realizado por profissionais que dominam saberes e práticas especiais para atender “o indivíduo ou grupo com problemas de saúde ou com risco de adoecer, em atividades de cunho investigativo, preventivo, curativo ou com o objetivo de reabilitação” (PIRES, 1999).

No âmbito institucional, o trabalho em saúde pode envolver um dado elenco de profissionais especializados, onde a quantidade de profissionais e o perfil da equipe são definidos de acordo com o tipo e complexidade do serviço prestado (MATOS; PIRES, 2006).

O setor saúde apresenta características de organizações do tipo burocracia profissional, onde se observa uma complexa arena de disputas de “grupos profissionais altamente qualificados e com grande autonomia de trabalho” que não se submetem a estruturas hierárquicas administrativas, tais como no modelo taylorista-fordista (MITZBERG, 1995).

Na burocracia profissional, a linha de mando sofre certo deslocamento da autoridade hierárquica para a autoridade por competência que se baseia no profissionalismo, dando ao “centro operacional” uma importância fundamental na estrutura da organização. Dessa forma, os trabalhadores acumulam uma maior autonomia individual que se assenta essencialmente na sua formação profissional, permitindo-lhes uma grande liberdade de controle do seu trabalho (MINTZBERG, 1995).

Essa autonomia exercida pelos trabalhadores da saúde no desenvolvimento do seu trabalho é chamada, nos estudos de Merhy (1998) de exercício do autogoverno. Esse aspecto inerente ao trabalho e saúde, confere ao trabalhador um papel relevante na organização da produção da assistência a saúde. Isso contribui para com a complexidade da organização dos serviços de saúde, onde operam projetos políticos e corporativos diversos e, muitas vezes, antagônicos, que exercem influência na gestão e organização do trabalho.

É importante salientar, que também “existe uma forte fragmentação das linhas de mando entre as várias categorias e as corporações organizam-se, até certo ponto, segundo lógicas próprias” (MATOS; PIRES, 2006). O que corrobora para uma organização compartimentada dos processos do trabalho em saúde, de tal modo que os profissionais são fixados a determinadas etapas do processo terapêutico, que acabam por produzir a alienação do trabalhador da saúde (CAMPOS, 1997).

Esse cenário apóia-se, ainda no modelo biomédico que preconiza o exercício de uma prática clínica centrada em especialidades (médicas) com foco na cura e reabilitação dos corpos dos indivíduos, onde aspectos preventivos e de promoção a saúde não assumem relevância estratégica (ABRAHÃO, 2007).

Outro aspecto importante no estudo da micropolítica do trabalho em saúde é abordado por Merhy (2000), quando este autor analisa a composição do trabalho em saúde a partir de uma analogia das “valises” e “ferramentas” utilizadas no encontro de produção de cuidado entre profissional de saúde e usuário. Nesse artigo, o referido autor categoriza as ferramentas do fazer em saúde em três dimensões tecnológicas: as tecnologias duras representadas pelos equipamentos utilizados na produção do cuidado como, por exemplo, os utilizados para diagnóstico e avaliação; as tecnologias leve-duras, caracterizada saberes técnicos estruturados cientificamente como a clínica e a epidemiologia; e, por fim, as tecnologias leves, que estão presentes no “espaço relacional trabalhador-usuário que só tem materialidade em ato”.

Assim, os modelos tecnoassistenciais variam de acordo com o arranjo dessas tecnologias na produção do cuidado. E segundo Merhy (2000),

[...] a valise que, por suas características tecnológicas próprias permite reconhecer, na produção dos atos de saúde, uma situação de permanente disputa em aberto de jogos de captura, impossibilitando que as finalidades e mesmo os seus objetos, sejam de uma única ordem, é a valise do espaço relacional trabalhador-usuário.

Segundo o referido autor, a dimensão das tecnologias leves é ocupada “por processos produtivos que só são realizados na ação entre os sujeitos que se encontram”, tornando viável a produção de relações que podem produzir ou não acolhimentos, vínculos e responsabilizações. Por isso, mesmo esse espaço relacional, é permanentemente disputado “por várias lógicas sociais, que procuram tornar a produção das ações de saúde de acordo com certos interesses e interditar outros” (MERHY, 2000).

Deste modo, a partir da análise dos processos de trabalho desenvolvidos nos serviços de saúde, é possível encontrar respostas para alguns questionamentos a respeito das produções em saúde (FRANCO, 2003), principalmente no que se refere à efetividade das políticas públicas, em especial a de saúde, atualmente institucionalizada no SUS.

Acreditamos que o SUS é fruto de um movimento social e que as políticas hoje existentes são também efeitos de movimentos do cotidiano de trabalho nos serviços de saúde e que a superação da lógica, ainda predominante na atual organização da produção da saúde, depende das mudanças nos espaços da micropolítica onde esse cuidado é produzido.

6 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Por que? Quem faz essa pergunta se encontra diante de um enigma, algo que não entende. Não entende e dói. É preciso que o não-entendido doa para que a pergunta brote. Há muitas coisas que não entendemos. Mas elas não doem. Não doendo, não fazemos a pergunta. Fazemos a pergunta para diminuir a dor, para dar sentido à dor (Rubem Alves).

Na realização desse estudo optamos por combinar abordagens quantitativas e qualitativas para alcançar os objetivos que propusemos. Dessa forma, no caminho que traçamos na construção dessa pesquisa, buscamos utilizar técnicas de coleta e análise de dados que nos ajudasse a identificar o perfil da demanda referenciada para assistência cardiológica e compreender as questões relacionadas ao espaço micrororganizacional do trabalho das equipes de saúde da família, onde as relações produzidas determinam, em muitos sentidos, o fazer na assistência à saúde.

Nessa pesquisa, optamos por utilizar a triangulação de métodos para coleta de dados que, conforme Minayo et al. (2005, p. 71) afirma:

[...] não é um método em si, mas uma estratégia de pesquisa que se apóia em métodos científicos testados e consagrados, servindo e adequando-se a determinadas realidades, com fundamentos interdisciplinares e que deve ser escolhida quando contribuir para aumentar o conhecimento do assunto e atender aos objetivos que se deseja alcançar.

Assim, utilizamos, simultaneamente, diversas técnicas de coleta, fontes de dados e modalidades de análise para conhecer melhor o nosso objeto de estudo e chegarmos aos resultados dessa pesquisa.

6.1 Delineando o tipo de estudo

Trata-se de um estudo de caso sobre o processo de trabalho em saúde das ESF da microrregião 6.3 do Distrito Sanitário 6, no município do Recife.

A necessidade de realizar um estudo de caso surge do desejo de compreender fenômenos sociais complexos, tais como são os objetivos propostos por essa pesquisa. Esse tipo de estudo é a estratégia mais escolhida ao se examinarem acontecimentos contemporâneos, onde não se podem manipular comportamentos relevantes (YIN, 2005).

O estudo de caso se caracteriza como um tipo de pesquisa cujo objetivo é realizar uma análise profunda de um dado objeto de estudo, buscando abrangê-lo na maior amplitude possível de suas ações (HARTZ, 1997). Assim, os resultados desse tipo de pesquisa são “generalizáveis a proposições teóricas e não a populações ou universos”. Esse tipo de estudo não representa uma amostragem, e, ao fazer isso, “seu objetivo é expandir e generalizar teorias (generalização analítica) e não enumerar freqüências (generalização estatística)” (Yin, 2005).

Para realizar esse estudo, optamos por escolher uma condição traçadora para análise do processo de trabalho das equipes de saúde da família. O conceito de traçador, conforme a proposição de Kessner et al. (1973) é originário das pesquisas em ciências biológicas e estudos clínicos e tem sido, freqüentemente, aplicado ao campo da avaliação de serviços de saúde. Neste caso, o pressuposto é que a forma como uma equipe de profissionais de saúde administra sua intervenção sobre uma determinada condição (chamada traçadora por reunir certas características), será um indicador da **qualidade geral do cuidado e do sistema que fornece aquele cuidado**.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) foi escolhida como condição traçadora por se constituir um dos problemas de saúde de maior prevalência no Brasil e por que a Estratégia de Saúde da Família, conforme preconização do Ministério da Saúde tem na população que vive com HAS um grupo populacional prioritário no conjunto de ações de saúde que deve ser desenvolvidas pela equipe de saúde (BRASIL, 2001a).

Considerando que o foco do nosso estudo é o processo de trabalho das equipes de saúde da família e sua relação com a geração de demanda por assistência especializada, escolhemos a cardiologia por esta ser uma importante área especializada para garantir continuidade no cuidado de pacientes que vivem com hipertensão arterial sistêmica.

Escolhemos realizar esse estudo de caso na microrregião (MR) 6.3 do Distrito Sanitário 6, no município de Recife, Pernambuco. Optamos por essa MR porque a mesma:

a) é constituída por um único bairro que tem características bastante homogêneas nas condições de vida de sua população;



Figura 1: Mapa dos bairros do Distrito Sanitário 6, Recife, PE.
Fonte: Recife (2009)

b) possui uma ampla cobertura de atenção básica, cerca de 146%, pois existem mais pessoas cadastradas pelas equipes de saúde da família dessa microrregião do que a população residente estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (RECIFE, 2009);

c) apresenta um elevado número de USF com demanda reprimida para assistência cardiológica;

d) tem toda oferta de cardiologia regulada quer seja através de centrais de marcação distritais, no caso das policlínicas que são unidades públicas municipais, ou da central de regulação municipal, que referencia para hospital filantrópico conveniado ao SUS municipal. Essa condição nos favorece com um elenco de informações importantes que estão disponíveis no sistema de regulação do município.

6.2 Período de Estudo

O período de estudo foi de janeiro a dezembro de 2009, ano base dos dados secundários e de janeiro a maio de 2010 quando estivemos em campo coletando dados primários através da observação direta e dos grupos focais.

6.3 População de Estudo

Equipes de Saúde da Família da MR 6.3.

6.4 Coleta e Análise dos Dados

Para uma melhor apresentação das etapas da pesquisa, descreveremos as técnicas de coleta e estratégias de análise utilizadas de acordo com os objetivos propostos nesse estudo.

Em relação ao 1º objetivo específico:

A primeira etapa da pesquisa constituiu-se na coleta e análise de dados secundários que estão disponíveis no Saúde Sistema da Central de Regulação (SSCR), sistema de informação utilizado pela Central de Regulação do Recife e no Saúde Sistema de Marcação de Consultas (SSMC), sistema de informação utilizado pelas Centrais de Marcação Distritais, e nas fichas de encaminhamento utilizadas pelas ESF da MR 6.3 para referenciar pacientes para a assistência especializada em cardiologia no município de Recife.

Iniciamos a coleta de dados em janeiro de 2010, quando buscamos na Diretoria Geral de Regulação em Saúde da Secretaria de Saúde do Recife, o banco de dados referente às marcações de consultas especializadas de cardiologia que as

unidades de saúde da família da MR 6.3 realizaram no período de janeiro a dezembro de 2009.

Quando conseguimos os bancos de dados, levamos algumas semanas para tratar e analisar os dados, já que o SSCR e o SSMC não possuem muitas opções de relatórios estruturados. Ao analisarmos esses bancos, identificamos várias inconsistências na qualidade do registro das marcações realizadas através das centrais distritais, tais como: ausência de registro de marcação de consultas cardiológicas em vários meses para algumas unidades solicitantes. Por isso, optamos em utilizar nesse estudo, apenas os dados do SSCR, referente às marcações realizadas através da Central de Regulação do Recife, ou seja, 38,5% das consultas de cardiologia ofertadas a população do Distrito Sanitário 6.

Iniciamos nossa ida ao campo em fevereiro de 2010, quando realizamos uma reunião com a equipe da Gerência de Território da MR 6.3 para apresentarmos o projeto de pesquisa e pactuarmos um cronograma de reuniões e visitas às unidades de saúde.

Durante os meses de abril a maio de 2010, visitamos 09 unidades de saúde da família e analisamos um total de 149 fichas de encaminhamento para consultas cardiológicas que estavam, na ocasião da nossa visita, aguardando o agendamento das consultas especializadas. O nosso objetivo era identificar como as ESF preenchem a ficha de encaminhamento, especialmente, os campos de Hipótese Diagnóstica ou Justificativa do Encaminhamento.

É importante salientar que nosso objetivo era visitar todas as unidades de saúde da família da MR 6.3, mas, pela dificuldade de acesso à essas unidades e a exigüidade do tempo que reservamos para coleta dos dados, não foi possível analisar as fichas de encaminhamento de todas as 14 USF.

Após a coleta, os dados foram organizados e analisados de acordo com as variáveis construídas a partir do conteúdo das fichas de encaminhamento ao especialista e dos dados disponíveis no banco de dados do SSCR. Dessa forma, consideramos as seguintes variáveis:

Variáveis Individuais

- a) Sexo: entendido como o sexo referido na ficha de encaminhamento do

paciente.

- b) Faixa Etária: calculada a partir da data de nascimento referida na ficha de encaminhamento do paciente.

Variáveis do Serviço

- a) Unidade Solicitante: entendida como a USF que encaminhou o paciente.
- b) Unidade Executante: entendida como a unidade de saúde para a qual o paciente foi encaminhado.
- c) Diagnóstico Inicial: entendido como o diagnóstico ou a hipótese diagnóstica identificada pelo médico da ESF na ficha de encaminhamento ao especialista.
- d) Justificativa do Encaminhamento: entendida como o conjunto de aspectos clínicos que motivou o encaminhamento ao especialista.
- e) Cota Mensal de Consulta em Cardiologia: entendida como o quantitativo de consultas médicas em cardiologia disponibilizada para cada ESF.
- f) Cota Total de Consultas de Cardiologia Utilizadas: entendida como o total de consultas de cardiologia agendadas através da central de regulação do Recife.
- g) Demanda Reprimida: entendida como o total de pessoas encaminhadas pelas ESF para atendimento cardiológico e que estão aguardando marcação da consulta.

Em relação aos 2º e 3º objetivos específicos:

Iniciamos a segunda etapa da pesquisa em fevereiro de 2010, com a ida ao campo de pesquisa, realizando as primeiras reuniões com a equipe gestora do DS 6, conforme quadro 1.

Data	Evento	Objetivo	Participantes
01/02/2010	Reunião com equipe gestora do DS 6.	Apresentação da pesquisadora e da pesquisa: objetivos, etapas, produtos e compromisso de dar o retorno do estudo ao DS.	Gerente Operacional de Assistência a Saúde do DS 6, Gerente de Território da MR 6.3 e pesquisadora.
05/02/2010	Reunião do núcleo gestor da MR 6.3	Apresentação da pesquisadora e da pesquisa: objetivos, etapas, produtos e compromisso de dar o retorno do estudo ao DS.	Gerentes das unidades de saúde da família, Gerente de Território da 6.3, Gerente Operacional de Assistência a Saúde do DS 6.
22/04/2010	Reunião com apoio técnico da Gerência de Território da MR 6.3.	Coletar informações sobre o perfil dos profissionais que compõem as ESF.	Pesquisadora e 1 técnica da GT da MR 6.3.
	Visita a 3 USF da MR 6.3	Coletar informações sobre demanda reprimida e preenchimento das fichas de encaminhamentos.	Pesquisadora
22/04/2010	Visita a 3 USF da MR 6.3	Coletar informações sobre demanda reprimida e preenchimento das fichas de encaminhamentos.	Pesquisadora e profissionais responsáveis pela marcação das consultas.
23/04/2010	Reunião de apoio matricial com as USF da MR 6.3	Observar reunião de matriciamento das ESF da MR 6.3 com o cardiologista da unidade de referência. (A reunião foi audiogravada).	Médicos das USF, cardiologista da policlínica, gerente de território, residentes de saúde coletiva e pesquisadora.
12/05/2010	Visita a 3 USF da MR 6.3	Coletar informações sobre demanda reprimida e preenchimento das fichas de encaminhamentos.	Pesquisadora e profissionais responsáveis pela marcação das consultas.
14/04/2010	Grupo focal com a ESF 'X'	Construir Fluxograma Descritivo do processo de Trabalho dessa equipe no cuidado ao paciente com hipertensão. (A reunião foi audiogravada).	Pesquisadora, auxiliares administrativos (responsáveis pela marcação das consultas), enfermeiras e ACS.
19/05/2010	Grupo focal com a ESF 'Y'	Construir Fluxograma Descritivo do processo de Trabalho dessa equipe no cuidado ao paciente com hipertensão. (A reunião foi audiogravada).	Pesquisadora, auxiliar administrativo (responsável pela marcação das consultas), médica, e ACS.

Quadro 1: Cronograma de visitas e reuniões realizadas para coleta de dados no período de fevereiro a maio de 2010, Distrito Sanitário 6, Recife – PE.

A coleta dos dados foi realizada através da observação direta (com observador declarado) que, segundo Chizotti (2005), é um “contato direto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos”. Trata-se da descrição detalhada de uma situação, na qual se focalizam os sujeitos em seus aspectos pessoais e particulares, as circunstâncias dos fatos, as ações e seus significados, os conflitos face à realidade.

A observação direta foi realizada quando visitamos algumas unidades de saúde da família para coletar dados das fichas de encaminhamento e conversamos com os responsáveis pela marcação das consultas sobre demanda por atenção especializada, facilidades e dificuldades no processo de agendamento, relação com a central de regulação e com os serviços de referência.

Além disso, participamos de uma reunião, chamada de apoio matricial, que reuniu médicos e alguns enfermeiros de saúde da família da MR 6.3 e o cardiologista da unidade de referência dessa microrregião. Esse foi o primeiro encontro coletivo das equipes da atenção básica com o especialista de cardiologia e o tema eleito para debate foi o tratamento da hipertensão. Durante essa reunião, apresentamos o nosso projeto de pesquisa e solicitamos autorização do grupo para gravar as discussões.

Também utilizamos a técnica de grupo focal com os profissionais que compõem as ESF, a saber: agente comunitário de saúde, enfermeiro, médico, auxiliar de enfermagem e agente administrativo, onde construímos o fluxograma descritor do processo de trabalho das equipes.

O grupo focal é uma técnica que possibilita a coleta de dados a partir de encontros e discussões coletivas entre pessoas que possuem características comuns de vida, ou trabalho, ou pensamento. Nesses grupos, pode ser possível identificar conhecimentos, opiniões, representações, atitudes e valores dos participantes, e possibilita uma análise em profundidade de dados obtidos nessa situação de interação grupal (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Escolhemos realizar os grupos focais como estratégia de coleta de dados, pensando no que comenta Minayo (2000, p.129):

[...] no âmbito de determinados grupos sociais atingidos coletivamente por fatos ou situações específicas, desenvolvem-se opiniões informais

abrangentes, de modo que, sempre que entre membros de tais grupos haja intercomunicação sobre tais fatos, estes se impõem, influenciando normativamente na consciência e no comportamento dos indivíduos.

Considerando que as percepções, atitudes e opiniões são socialmente construídas, Westphal, Bógus e Faria (1996) afirmam que a expressão das mesmas são mais facilmente identificadas durante um processo de interação em que os comentários de alguns sujeitos podem fazer emergir a opinião de outros. Além disso, durante os grupos focais, é possível perceber não somente 'o quê' pensam os sujeitos, mas também 'porquê' eles pensam de determinada forma (WESTPHAL; BÓGUS; FARIA, 1996).

Com essa compreensão, o grupo focal mostrou-se como uma técnica bastante apropriada aos propósitos do nosso estudo, já que desejávamos analisar o modo de organização do processo de trabalho das equipes e a maneira como suas características interferem na produção do cuidado à saúde e na geração de demanda para outros níveis assistenciais. Além disso, acreditamos que os espaços coletivos de discussão e análise possibilitam o desenvolvimento da capacidade crítica dos sujeitos, onde a auto-análise do seu processo de trabalho gera uma certa desacomodação do pensar e fazer com potência para intervenções no cotidiano dos serviços.

Segundo Westphal (1992), o critério de seleção dos participantes para o grupo focal é intencional e se fundamenta no entendimento de que a "posição que o indivíduo ocupa na estrutura social se associa à sua construção social da realidade". Assim, após observação sobre a participação dessas equipes na reunião de apoio matricial e durante às visitas às unidades de saúde, escolhemos realizar os grupos focais com duas das unidades de saúde da família da MR 6.3 que denominamos USF 'X' e 'Y'.

A escolha dessas USF foi intencional e a partir da orientação da gerência de território que indicou algumas equipes que possuíam boa organização interna e profissionais mais colaborativos. Mas, só conseguimos realizar o grupo focal em uma das equipes indicadas pela gerente de território, pois encontramos muitas dificuldades para conseguir agenda disponível da gerente e dos profissionais da segunda USF.

Durante as visitas que realizamos nas USF identificamos outra unidade que apresentava um bom nível de organização das suas atividades e era formada por profissionais que demonstraram interesse em participar do grupo focal.

Dessa forma, conseguimos realizar os grupos focais em duas USF, cujos nomes serão mantidos em sigilo para resguardar a privacidade sobre a autoria das declarações que cada profissional fez durante a realização da nossa pesquisa. Dessa forma, denominaremos as unidades de USF "X" e USF "Y".

Seguindo orientações descritas por Westphal (1992), o roteiro da discussão foi composto por um elenco de questões abertas com foco nos temas de interesse e em coerência com os objetivos da pesquisa, e serviu como guia para o moderador coordenar a discussão (APÊNDICE A).

Os grupos focais foram coordenados pela própria pesquisadora, que atuou como moderadora da discussão, procurando viabilizar que cada participante pudesse expressar suas opiniões e pareceres a respeito do tema proposto e focalizando o debate para as questões mais pertinentes. Ademais, para garantir a fidedignidade na coleta dos dados, a discussão foi audio-gravada, com o conhecimento e autorização dos participantes que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram agendados dois grupos focais. O primeiro foi realizado com os profissionais da USF 'X'. Agendamos nosso encontro na própria unidade, numa quarta-feira (14/04/10), às 10h30min. Chegamos antes do horário para podermos observar a unidade, preparar o material que utilizaríamos e conversar com as pessoas responsáveis pela marcação das consultas.

A USF 'X' tem 02 equipes de saúde da família, sendo uma incompleta, pois, falta um médico. No grupo focal, contamos com a presença de boa parte dos profissionais das duas equipes (Quadro 2), apenas a médica não participou e justificou que tinha um compromisso familiar importante.

Realizamos o segundo grupo focal na USF 'Y' numa sexta-feira (19/05/10) às 11 horas. Essa unidade tem duas equipes de saúde da família que também estão incompletas, pois faltam 1 médico e 1 enfermeira que está de licença maternidade. Também contamos com a participação da maioria dos profissionais (Quadro 2)

Unidade	Profissão	Nº de profissionais
USF 'X'	Agente Comunitário de Saúde	05
	Enfermeiro	02
	Auxiliar Administrativo	02
	Total	09
USF 'Y'	Agente Comunitário de Saúde	08
	Médico	01
	Auxiliar Administrativo	01
	Total	10

Quadro 2 – Número de profissionais que participaram dos grupos focais por unidade de saúde da família, no mês de abril de 2010, o Distrito Sanitário 6, Recife –PE.

Para a análise dos dados qualitativos, utilizamos a técnica de análise de conteúdo, uma vez que a mesma adequa-se a estudos que visam a apreensão de mensagens reveladas ou ocultas, num esforço de “vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 2000).

Compartilhando deste mesmo entendimento, Chizzotti (2005) explica que, na análise de conteúdo, as informações são compreendidas no contexto cultural em que os atores sociais as produzem, sendo que se busca verificar como este contexto influencia na forma e no conteúdo dessas informações. Assim, a análise precisa considerar, sobretudo, as entrelinhas porque “muitas vezes o que está nas linhas é precisamente o que não se queria dizer” (DEMO, 2005).

Segundo Bardin (2004), a análise de conteúdo consiste num conjunto de técnicas das comunicações que objetiva a descrição do conteúdo das mensagens que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens.

Todos os dados discursivos (entrevistas) e os registros de campo (das observações) foram analisados seguindo uma seqüência cronológica de pré-análise, exploração do material, tratamento e interpretação (BARDIN, 2004).

Para analisar o processo de trabalho das equipes de saúde da família, construímos o fluxograma descritor do processo de trabalho no cuidado com um paciente hipertenso durante o grupo focal da USF 'X'. Optamos por não construir o fluxograma descritor da USF 'Y' porque consideramos a organização do trabalho dessa unidade bem parecida com a da USF 'X'.

O fluxograma descritor foi definido por Franco (2003) como sendo a “representação gráfica do processo de trabalho que ajuda a analisar o caminho percorrido pelo paciente na busca pela assistência a saúde” e tem sido utilizado em vários estudos como uma ferramenta importante para análise dos fluxos assistenciais (caminho percorrido pelo usuário) e dos processos de trabalho (modo de organização e implementação das diversas práticas profissionais e o modo como se interseccionam) no âmbito dos serviços de saúde (CHAKKOUR, 2001; BARBOZA; FRACOLLI, 2005; FRANCO, 1999).

O fluxograma é representado por três símbolos, convencionados universalmente: a elipse representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho; e um retângulo que diz respeito ao momento de intervenção, ação sobre o processo (FRANCO; MERHY, 2003).

Nesse sentido, Merhy (2002) considera que quaisquer serviços assistenciais de saúde podem ser enquadrados na seqüência mostrada pelo diagrama resumido, apresentado na Figura 2.

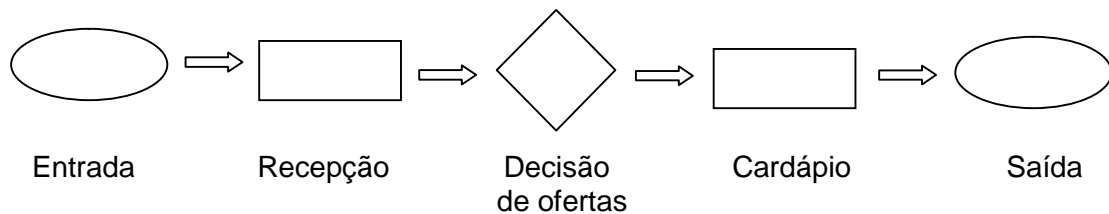


Figura 2. Fluxograma Descritor de uma unidade de saúde

Assim, a construção do fluxograma descritor nesta pesquisa objetiva possibilitar uma melhor visualização das informações, colhidas através dos grupos focais, sobre o modo de organização dos processos de trabalho das ESF no atendimento dos pacientes com hipertensão arterial e no modo de organização para referência e contra-referência na assistência especializada.

6.5 Considerações Éticas

Essa pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CPqAM/FIOCRUZ (ANEXO A).

A pesquisa foi desenvolvida respeitando todos os parâmetros bioéticos da Resolução n.º196/96 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

A Secretaria de Saúde do Recife foi informada e autorizou formalmente através de uma Carta de Anuência Institucional (ANEXO B). Na divulgação dos resultados do projeto, foi respeitado o sigilo pessoal dos sujeitos envolvidos na investigação, por isso utilizamos codinomes para representar as unidades de saúde e os profissionais que foram entrevistados.

7 DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

7.1 Algumas características da área de estudo

A MR 6.3 possui 14 Unidades de Saúde da Família com 31 Equipes de Saúde da Família. No entanto, apenas 5 USF estão com as equipes completas (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização das Unidades de Saúde da Família da MR 6.3 com relação ao nº de ESF completas e nº de ESF que fazem preceptoria, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010.

UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA	Nº de ESF	ESF completas		Faz preceptoria	
		Sim	Não	Sim	Não
US 228 PSF UR 04/05 1 ETAPA	3	X		X	
US 229 PSF UR 10	2		X		X
US 230 PSF LAGOA ENCANTADA	3	X			X
US 250 PSF UR 12 UR 5 3 ETAPA	2		X		X
US 267 PSF UR 02	2		X		X
US 172 PSF TRES CARNEIROS ALTO	3		X		X
US 270 PSF MONTE VERDE	2	X			X
US 281 PSF VILA DOS MILAGRES	2		X		X
US 282 PSF VILA DAS AEROMOCAS	2		X		X
US 289 PSF JOSUE DE CASTRO	3		X	X	
US 313 PSF TRES CARNEIROS DE BAIXO	3		X		X
US 347 PARQUE DOS MILAGRES	1	X			X
US 341 USF PANTANAL	2		X	X	
US 315 USF UR3	1	X		X	
Total	31	5	9	4	10

Fonte: Gerência de Território da MR 6.3, distrito sanitário 6, Recife, PE.

Segundo a gerência de território da MR 6.3, este é um dos territórios que tem maior número de ESF incompletas, primeiro por que existe uma dificuldade muito grande de contratar profissionais médicos que queiram

trabalhar na estratégia de saúde da família e, além disso, os profissionais queixam-se muito da dificuldade de acesso geográfico às unidades de saúde.

7.2 Sobre a oferta de cardiologia

O conjunto das unidades de saúde da família da MR 6.3 dispõe de 240 cotas mensais para marcação de consultas especializadas de cardiologia, sendo 150 (62,5%) nas policlínicas municipais, localizadas no distrito sanitário 6, e 90 (37,5%) no hospital filantrópico de referência que está localizado no distrito sanitário 1 (Tabela 2).

Tabela 2 – Distribuição de cotas mensais de consultas de cardiologia por unidade de saúde da família e unidade de referência, MR 6.3, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010.

Unidade de Saúde da Família	Cota Mensal				Total
	Policlínicas Municipais		Hospital Filantrópico		
	N	%	N	%	
USF 172 - TRÊS CARNEIROS	15	62,5%	9	37,5%	24
USF 228 - UR 04/05	15	62,5%	9	37,5%	24
USF 229 - UR 10	9	60,0%	6	40,0%	15
USF 230 - LAGOA ENCANTADA	15	62,5%	9	37,5%	24
USF 250 - UR 12	9	60,0%	6	40,0%	15
USF 267 - UR 02	9	60,0%	6	40,0%	15
USF 270 - MONTE VERDE	15	71,4%	6	28,6%	21
USF 281 - VILA DOS MILAGRES	9	60,0%	6	40,0%	15
USF 282 - VILA DAS AEROMOÇAS	9	60,0%	6	40,0%	15
USF 289 - JOSUÉ DE CASTRO	15	65,2%	8	34,8%	23
USF 313 - TRÊS CARNEIROS BAIXO	15	62,5%	9	37,5%	24
USF 315 - UR 03	5	62,5%	3	37,5%	8
USF 341 - PANTANAL	5	62,5%	3	37,5%	8
USF 347 - PARQUE DOS MILAGRES	5	55,6%	4	44,4%	9
Total	150	62,5%	90	37,5%	240

Fonte: Gerência Operacional de Assistência à Saúde, distrito sanitário 6, Recife, PE; Saúde Sistema da Central de Regulação, Diretoria Geral de Regulação do Sistema, Recife-PE.

Vale salientar que as cotas assistenciais, sejam de consultas ou exames, são definidas pela Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS)

e pelas Gerências Operacionais de Atenção à Saúde (GOAS) de cada distrito sanitário. Nessa tarefa, as equipes técnicas de cada uma dessas instâncias tentam distribuir de forma equânime a oferta de serviços existentes utilizando como critérios o número de pessoas residentes em cada território (distrito sanitário ou micro-área), número de unidades de saúde e de equipes de saúde da família, além da localização de cada unidade solicitante e dos serviços de referência.

7.3 Utilização da oferta de cardiologia

O acesso a essa assistência especializada é viabilizado através da distribuição de cotas mensais e é regulado por centrais de marcação. A Central de Regulação do Recife realiza a marcação das consultas para o serviço filantrópico, enquanto pequenas centrais de marcação que funcionam dentro das policlínicas, regulam a oferta desses serviços. Nesse estudo, analisamos apenas o banco de dados do SSCR. Na tabela 3 é possível observar o quantitativo de consultas agendadas no ano de 2009.

Tabela 3 – Agendamentos das cotas mensais de consultas de cardiologia do hospital filantrópico por unidade de saúde da família da MR 6.3, no período de janeiro a dezembro de 2009, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010.

Unidade Solicitante	Cota Mensal	Nº de agendamentos/ano	Média de agendamentos/mês	% médio de agendamentos
US 172 PSF TRES CARNEIROS ALTO	9	95	7,9	88,0
US 228 PSF UR 04/05 1 ETAPA	9	102	8,5	94,4
US 229 PSF UR 10	6	72	6,0	100,0
US 230 PSF LAGOA ENCANTADA	9	110	9,2	101,9
US 250 PSF UR 12 UR 5 3 ETAPA	6	58	4,8	80,6
US 267 PSF UR 02	6	72	6,0	100,0
US 270 PSF MONTE VERDE	6	67	5,6	93,1
US 281 PSF VILA DOS MILAGRES	6	66	5,5	91,7
US 282 PSF VILA DAS AEROMOCAS	6	78	6,5	108,3
US 289 PSF JOSUE DE CASTRO	8	88	7,3	91,7
US 313 PSF TRES CARNEIROS DE BAIXO	9	108	9,0	100,0
US 315 USF UR3	3	35	2,9	97,2
US 341 USF PANTANAL	3	36	3,0	100,0
US 347 PARQUE DOS MILAGRES	4	40	3,3	83,3
TOTAL	90	1027	85,6	95,1

Fonte: Saúde Sistema da Central de Regulação, Diretoria Geral de Regulação do Sistema, Recife-PE.

Além disso, algumas unidades apresentaram uma média de agendamentos maior do que a quantidade de cotas disponibilizadas. Isso se deve ao fato que as unidades de saúde também podem marcar consultas, através da médica reguladora, para os pacientes que apresentam prioridade clínica e que não podem esperar muito.

7.4 Perfil da demanda referenciada para assistência cardiológica

No agendamento das consultas para o hospital filantrópico, verificamos que 719 consultas, ou seja, 70% dos agendamentos foram para mulheres (Tabela 4). O percentual de agendamentos para o sexo feminino manteve-se, relativamente, constante em todas as USF, variando do mínimo de 60,3% a 75,8%.

Tabela 4 – Agendamentos de consultas de cardiologia no hospital filantrópico conveniado por unidade de saúde da família e sexo do paciente, no período de janeiro a dezembro de 2009, MR 6.3, Distrito Sanitário 6, Recife, PE.

UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	MULHERES		HOMENS		TOTAL
	N	%	N	%	
US 172 PSF TRES CARNEIROS ALTO	72	75,8	23	24,2	95
US 228 PSF UR 04/05 1 ETAPA	69	67,6	33	32,4	102
US 229 PSF UR 10	48	66,7	24	33,3	72
US 230 PSF LAGOA ENCANTADA	74	67,3	36	32,7	110
US 250 PSF UR 12 UR 5 3 ETAPA	35	60,3	23	39,7	58
US 267 PSF UR 02	52	72,2	20	27,8	72
US 270 PSF MONTE VERDE	49	73,1	18	26,9	67
US 281 PSF VILA DOS MILAGRES	49	74,2	17	25,8	66
US 282 PSF VILA DAS AEROMOCAS	52	66,7	26	33,3	78
US 289 PSF JOSUE DE CASTRO	61	69,3	27	30,7	88
US 313 PSF TRES CARNEIROS DE BAIXO	71	65,7	37	34,3	108
US 315 USF UR3	25	71,4	10	28,6	35
US 341 USF PANTANAL	25	69,4	11	30,6	36
US 347 PARQUE DOS MILAGRES	27	67,5	13	32,5	40
Total	719	70,0	318	31,0	1.027

Fonte: Saúde Sistema da Central de Regulação, Diretoria Geral de Regulação do Sistema, Recife-PE.

Na tabela 5, observamos a faixa etária dos usuários que tiveram consulta cardiológica agendada pelas ESF da MR 6.3 no período estudado. Verificamos que a maioria dos usuários (62%) tinha idade entre 40 a 69 anos, sendo 194 (19%) pessoas com idade entre 40 a 49 anos, 236 (23%) na faixa etária de 50 a 59 anos e 206 (20%) entre 60 a 69 anos de idade.

Também é possível constatar que não houve registro de marcação de consulta para crianças menores de 10 anos. Isso não significa que não existiu demanda de assistência cardiológica para população infantil, mas que o serviço de referência não tem oferta de atendimento cardiológico para essa faixa etária.

Tabela 5 – Agendamentos de consultas de cardiologia no Hospital Filantrópico rede conveniada por Unidade de Saúde da Família e faixa etária do paciente no período de janeiro a dezembro de 2009, Distrito Sanitário 6, Recife, abril de 2010.

USF	Faixa Etária									TOTAL
	10 a 19	20 a 29	30 a 39	40 a 49	50 a 59	60 a 69	70 a 79	≥80		
US 172 USF TRES CARNEIROS ALTO	7	8	10	13	17	19	20	1	95	
US 228 USF UR 04/05 1 ETAPA	3	2	7	24	28	23	9	6	102	
US 229 USF UR 10	5	9	14	15	13	12	3	1	72	
US 230 USF LAGOA ENCANTADA	1	8	8	20	30	24	15	4	110	
US 250 USF UR 12 UR 5 3 ETAPA	5	4	11	7	14	16	1	0	58	
US 267 USF UR 02	3	4	8	12	15	16	9	5	72	
US 270 USF MONTE VERDE	3	3	13	9	19	10	8	2	67	
US 281 USF VILA DOS MILAGRES	2	9	7	12	23	7	4	2	66	
US 282 USF VILA DAS AEROMOCAS	6	3	11	15	18	17	4	4	78	
US 289 USF JOSUE DE CASTRO	4	9	6	26	21	17	3	2	88	
US 313 USF TRES CARN.E BAIXO	4	9	17	21	15	20	19	3	108	
US 315 USF UR3	0	1	5	3	9	11	4	2	35	
US 341 USF PANTANAL	2	3	8	9	5	3	4	2	36	
US 347 USF PARQUE DOS MILAGRES	2	1	9	8	9	8	3	0	40	
TOTAL	47	73	134	194	236	203	106	34	1027	

Fonte: Saúde Sistema da Central de Regulação, Diretoria Geral de Regulação do Sistema, Recife-PE

Não foi possível identificar quantos desses pacientes não compareceram às consultas de cardiologia, porque essa informação ainda não havia sido registrada no SSCR, na época da coleta dos dados. Por isso, não conseguimos calcular o absenteísmo.

7.5 Demanda Reprimida

Durante as visitas às unidades de saúde, entre os meses de abril e maio de 2010, identificamos uma demanda reprimida de 190 pessoas que estavam aguardando uma vaga para consulta cardiológica (Tabela 6).

Tabela 6 – Demanda reprimida das unidades de saúde da família da MR 6.3, no período de abril a maio de 2010, Distrito Sanitário 6, Recife, PE.

Unidade de Saúde da Família	Demanda Reprimida
US 172 USF TRES CARNEIROS ALTO	0
US 228 USF UR 04/05 1 ETAPA	23
US 229 USF UR 10	0
US 230 USF LAGOA ENCANTADA	33
US 250 USF UR 12 UR 5 3 ETAPA	13
US 267 USF UR 02	0
US 270 USF MONTE VERDE	15
US 281 USF VILA DOS MILAGRES	10
US 282 USF VILA DAS AEROMOCAS	21
US 289 USF JOSUE DE CASTRO	21
US 313 USF TRES CARNEIROS DE BAIXO	30
US 341 USF PANTANAL	0
US 347 USF PARQUE DOS MILAGRES	0
US 315 USF UR3	24
Total	190

Fonte: Unidades de Saúde da Família/MR6.3/DS6

Nota: a demanda reprimida foi informada pelos funcionários responsáveis pela marcação de consultas especializadas de cada USF.

Também é interessante observar que, das 5 USF que não apresentaram demanda reprimida nesse período (Tabela 6), apenas 01 estava com as ESF completas (Tabela 1). Esse dado corrobora com o depoimento de alguns profissionais responsáveis pela marcação das consultas, quando justificaram a diminuição da demanda reprimida em suas unidades de saúde: “a demanda reprimida diminuiu muito por que estamos sem médico”. Esses profissionais informaram ainda, que a demanda reprimida diminuiu muito quando eles começaram a orientar os usuários a procurarem

outros serviços de referência: “Eu oriento os pacientes sobre a existência de outros serviços (...) pra eles não esperarem tanto”.

7.6 Preenchimento das Fichas de Encaminhamento ao Especialista

No período de abril a maio de 2010, visitamos 9 unidades de saúde da família e analisamos 149 fichas de encaminhamento para especialidade de cardiologia quanto ao preenchimento dos campos de diagnóstico o de justificativa do encaminhamento.

Ao analisarmos as fichas de encaminhamento, verificamos que o campo reservado para diagnóstico raramente foi preenchido pelos médicos de saúde da família. Sendo mais freqüente o preenchimento do campo de justificativa e dentre o elenco, bastante diversificado, de justificativas registradas, encontramos desde “arritmias”, “taquicardia” até “hipertenso rebelde”.

Dessa forma, das 149 de fichas analisadas, 51 (34,2%) estavam sem justificativas, e das 98 fichas que apresentavam justificativas, 15 (15,3%) referia-se a encaminhamento para parecer cardiológico, 20 (20,4%) para consulta de retorno e 63 (64,3%) apresentavam outras justificativas clínicas.

7.7 O Fluxograma Descritor do processo de trabalho da ESF

Durante a realização do grupo focal na USF ‘X,’ construímos o fluxograma descritor do processo de trabalho daquela equipe no cuidado com um paciente com Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS).

É importante salientar que não é nosso objetivo realizar avaliação sobre qualidade da atenção na Estratégia de Saúde da Família com a população portadora de HAS. Apenas, escolhemos um caso de paciente com essa morbidade como condição traçadora, para analisarmos o processo de trabalho das equipes de saúde da família.

Assim, iniciamos o grupo focal com a equipe descrevendo o caminho que um usuário com suspeita de hipertensão deve fazer para ser atendido na USF e o caminho que ele percorre até a assistência especializada.

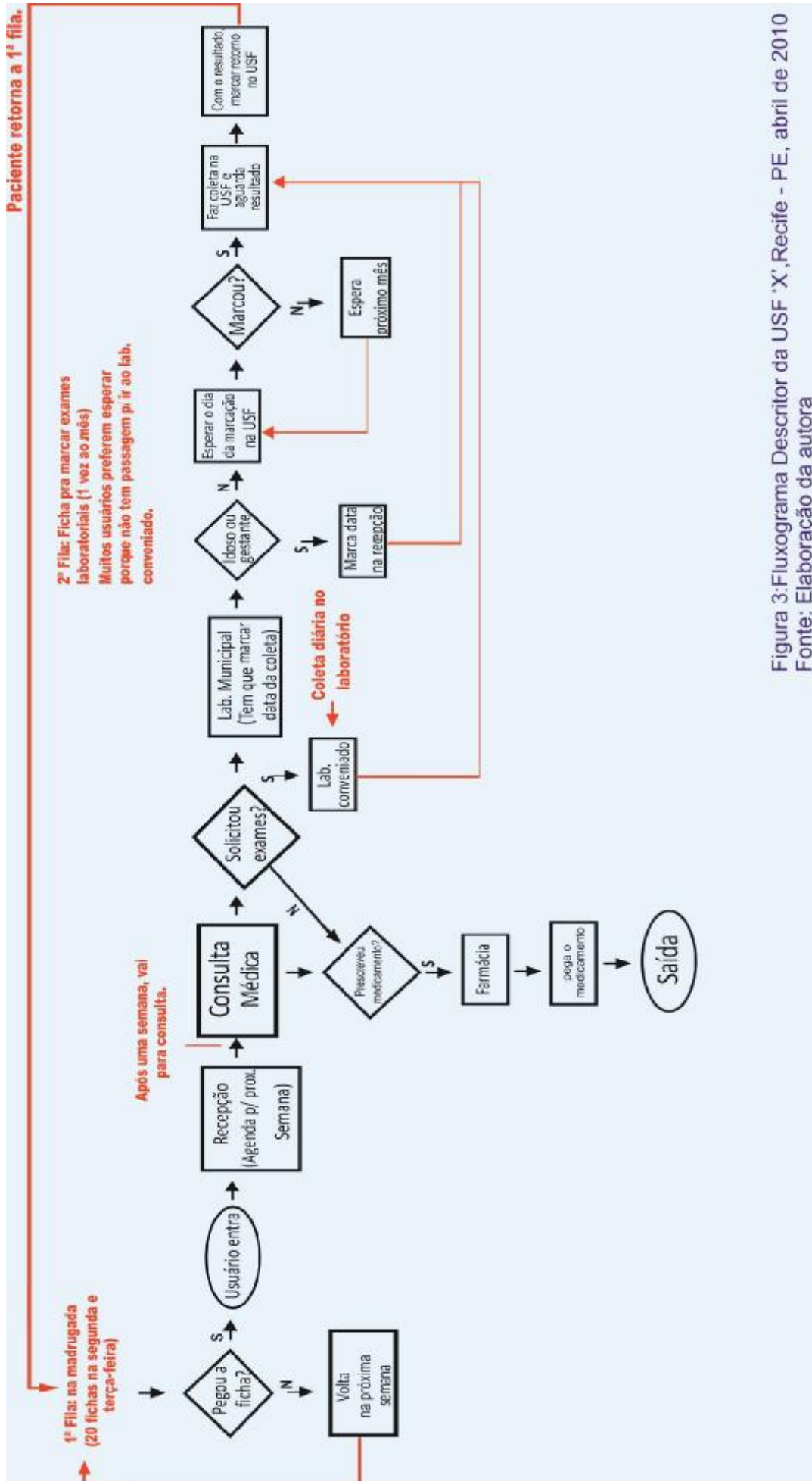


Figura 3: Fluxograma Descritor da USF 'X', Recife - PE, abril de 2010
Fonte: Elaboração da autora

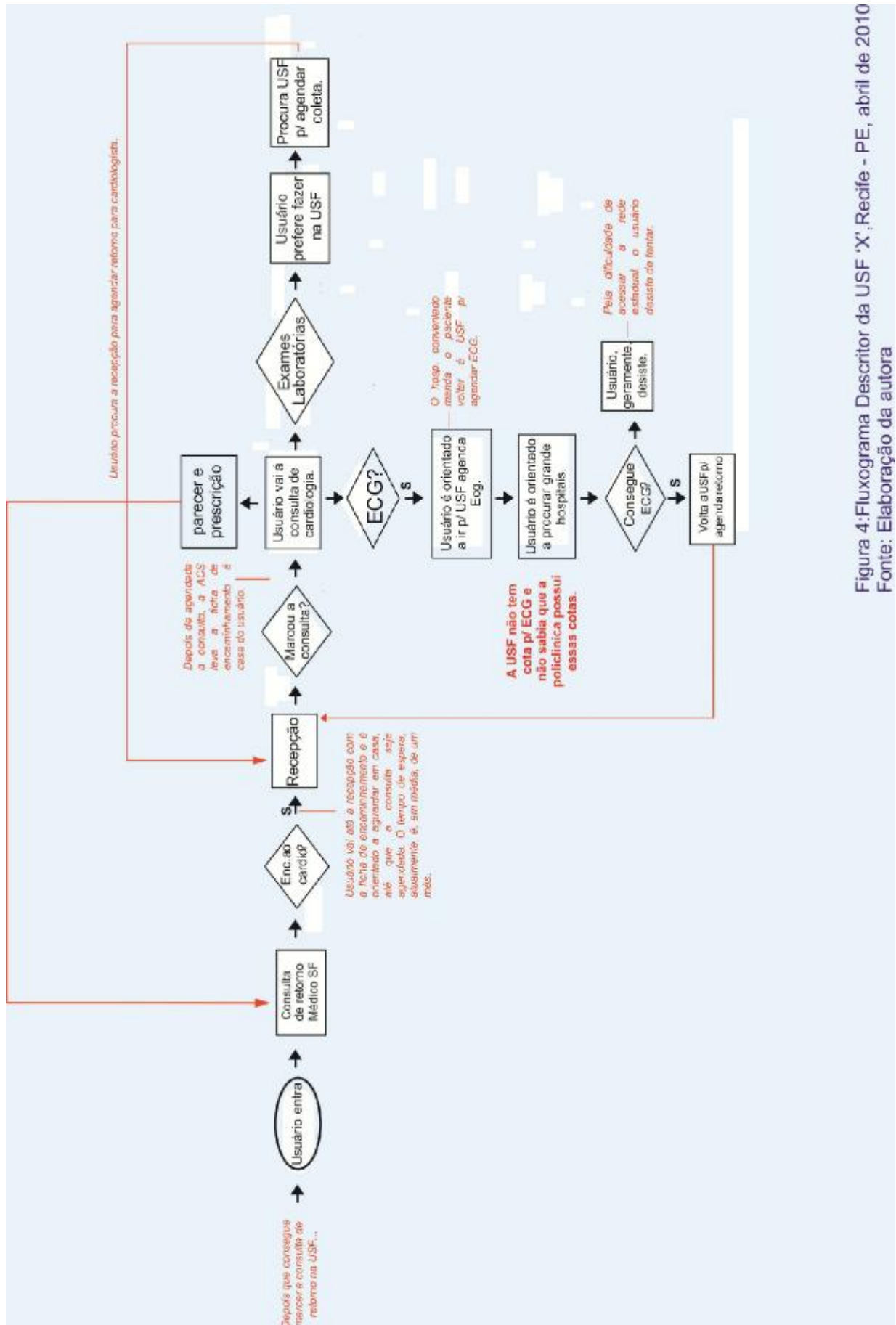


Figura 4: Fluxograma Descritor da USF 'X', Recife - PE, abril de 2010
 Fonte: Elaboração da autora

7.7.1 Breve descrição dos fluxogramas

Observa-se que, para o usuário ser atendido pelo médico da equipe, nesta USF, é necessário enfrentar uma fila que forma-se durante a madrugada e conseguir uma das fichas que lhe dará a garantia do atendimento. Semanalmente, são distribuídas 40 fichas para marcação de consultas médicas de adultos, em geral. Essas fichas são divididas em dois dias de marcação. Os usuários que não conseguiram pegar ficha têm que retornar outro dia para tentar novamente.

Quando a USF 'X' é aberta, às 07h30min horas, os usuários se dirigem a recepção e agendam a sua consulta médica para semana seguinte. Em casos de intercorrência, ou seja, pacientes com febre, dor ou mal-estar, existem 02 vagas para atendimento dessas pessoas, sem precisar de agendamento prévio.

Se, durante a consulta, o médico solicitar exames, o paciente pode optar entre realizar o exame num laboratório conveniado ou no laboratório municipal. Segundo a equipe da USF 'X', a maioria dos pacientes prefere fazer os exames no serviço municipal, porque a coleta do material é realizada na própria unidade de saúde da família e, nesse caso, o usuário não precisa gastar dinheiro com transporte.

Para realizar o exame, o usuário precisa fazer o agendamento antecipadamente. A marcação dos exames para o laboratório municipal é realizada 01 vez por mês, na unidade de saúde da família que possui uma cota específica de exames de patologia clínica. Essa é a segunda fila que o usuário precisa enfrentar, também na madrugada, para conseguir seu atendimento.

Os usuários que podem pagar pelo seu transporte podem realizar os exames no laboratório conveniado, onde a coleta dos exames é realizada diariamente.

Outro aspecto ressaltado pela ESF é que a marcação através da 'fila na madrugada' dificulta mais o acesso da população que reside mais distante, porque não conseguem chegar cedo à USF.

Os idosos e gestantes são priorizados no agendamento dos exames e não precisam ir para fila. Geralmente, agendam seus exames na recepção da USF, após a consulta.

Quando o usuário é encaminhado para um atendimento especializado, ele deve procurar a recepção da USF, deixar a ficha de encaminhamento com o profissional responsável pela marcação das consultas e aguardar até que seu atendimento seja agendado.

Após a marcação desse atendimento, as agentes comunitárias de saúde (ACS), comumente, levam a ficha de encaminhamento ao especialista com as informações do agendamento até a casa do usuário.

Se, durante a consulta especializada for solicitado algum exame especializado, o paciente retorna à USF para que seja feito o agendamento do referido exame. Quando o exame é agendado e realizado, o paciente precisa voltar à USF para agendar a consulta de retorno para o especialista.

7.7.2 Análise dos Fluxogramas

- O acesso à Unidade de Saúde da Família

A identificação de usuários com suspeita de HAS é realizada pelas agentes comunitárias de saúde durante as visitas domiciliares.

Geralmente, identificamos esses usuários durante as visitas domiciliares, após relatos de mal estar por parte desses pacientes ou de seus familiares. Então orientamos essas pessoas a fazer o mapa da pressão arterial (aferição diária da P.A durante 10 a 15 dias) e agendar consulta com o médico da família para confirmar diagnóstico (ACS 3, USF X).

O modo como se dá a entrada dos usuários com suspeita de hipertensão arterial no circuito de cuidado da USF revela como o **acesso a esse serviço é restrito**. As fichas que garantem o atendimento médico são

‘disputadas’ entre a população numa fila que se forma ainda durante a madrugada.

Além disso, percebe-se que **não existe acolhimento** dos usuários e que àqueles que não “conseguiram” pegar a ficha para consulta médica são, comumente, excluídos ou, pelo menos, têm sua entrada na USF adiada por, pelo menos, uma semana.

Outro aspecto importante **é a centralidade do cuidado na figura do profissional médico**. As visitas domiciliares das ACS são tratadas como uma espécie de triagem para consulta médica. O acesso às ações dentro da USF como exames, medicação e grupo educativo (quando existe) se dão a partir do diagnóstico médico. Isso pode ser observado tanto no fluxograma quanto no discurso de alguns membros da ESF quando questionamos sobre a oferta de cuidados que as ESF faziam para esse grupo populacional: *Quem pode falar sobre isso é a Dra. por que ela é que tem o grupo de hipertensos (Aux. Adm., USF ‘Y’) ou ainda, os ACS estão na área, então a gente detecta o paciente e orienta para vir à USF para fazer a 1ª consulta com a médica (ACS 2, USF ‘Y’)*.

[...] eu me sinto muito ofendida como profissional porque os pacientes reclamam que a equipe 2 é a que mais sofre, porque a população diz que o posto é uma porcaria, porque não tem médico [...] e nós não temos como dar uma solução ao paciente. E sentimos muita angustia porque uma equipe sem médico não é equipe. Um ônibus cheio de passageiros, mas sem motorista não pode andar né? (ACS 5, USF ‘Y’)

Após a confirmação do diagnóstico de hipertensão arterial, o usuário é acompanhado pela ESF, através de consultas, mensais ou bimensais, com a enfermeira onde é realizada a aferição da pressão arterial e a pesagem do usuário. Nesse dia, o usuário também recebe a medicação. Quando um usuário não está respondendo bem a medicação, a enfermeira agenda a consulta com o médico da família.

Quando questionamos sobre a existência de **grupos educativos** percebemos que essa **não é uma atividade sistemática** e, geralmente, é

atribuída a um único profissional, a nutricionista da policlínica ou a enfermeira da USF.

Não temos grupo com esses pacientes. Só existe um grupo na unidade que acontece quando a nutricionista da policlínica vem aqui... às vezes a gente faz passeios e eles gostam (ACS 4, USF 'X').

Tem as palestras que a enfermeira fazia, mas agora ela está de licença - maternidade e agente não faz mais (...). Hoje tem grupos formados, onde a cada dois meses os pacientes são escutados, reavaliados e pegam a medicação. Mas, não tem palestra (ACS 3, USF 'Y').

A escassez de atividades educativas corrobora com a impressão de que o leque de ofertas das USF no cuidado do paciente com hipertensão é bastante **focado no tratamento medicamentoso**. Assim, dentro do processo de trabalho das ESF, alguns aspectos fundamentais como hábitos alimentares e realização de exercícios físicos adquirem papel secundário e são considerados atribuição de outros profissionais:

É difícil tratar esses pacientes porque a gente não tem nenhuma nutricionista que possa fazer palestra sobre dieta e dar orientações que são importantes pra esses pacientes [...] uma coisa muito importante e que em todo congresso de cardiologia a gente vê é a questão da mudança do hábito de vida, mas a demanda da gente é muito alta e a gente não consegue ver isso direito [...]. Porque veja, a gente tá falando com você (cardiologista), mas, a gente deveria tá investindo em mudança do hábito de vida: alimentação, exercício físico, [...], deveríamos prevenir e acabamos só tratando porque a demanda é muito alta e não conseguimos fazer o preventivo. Eu acho que a gente do saúde da família ainda tá muito primário em relação ao hábito de vida [...] A gente não sabe orientar: 'coma isso ou aquilo (MSF 1, durante a reunião de apoio matricial).

Embora, alguns membros das USF consigam fazer esse tipo de crítica quanto ao modo de estruturação desse processo de trabalho, ainda, **centrado**

em aspectos curativos e medicamentosos, outros profissionais parecem ter uma compreensão restrita sobre o papel da atenção básica no cuidado de pessoas que vivem com hipertensão. Quando perguntamos sobre o papel da AB junto a esse grupo populacional nos dois grupos focais, as equipes da USF 'X' ficaram em silêncio e não responderam, revelando, talvez, falta de clareza sobre essa questão. Já as equipes da USF 'Y' acreditam que já cumprem o papel da atenção básica.

Eu acho que o quê deve ser feito é o que a gente já faz. Porque estamos na área e já detectamos o paciente que é hipertenso e ele vem para o médico que o atende, então, a gente já faz a nossa parte. O que falta é o especialista (ACS 2, USF 'Y').

Uma das dificuldades apontadas pelas equipes, principalmente, pelos médicos no desenvolvimento do cuidado a população que vive com hipertensão é o **excesso de demanda** que eles precisam atender nas consultas. E citam o **número de famílias como sendo excessivo e a ausência de profissionais médicos em todas as ESF**.

Há algum tempo nós vimos organizando (o atendimento a pessoa com hipertensão). Hoje, nós temos 450 hipertensos cadastrados só na equipe 1 (nossa equipe). Hoje, nós fazemos o grupo onde aferimos a PA, tem palestra com a enfermeira e consulta comigo. Mesmo que não tenha queixa.. eles (pacientes) querem ser vistos por mim. Eu aproveito e vejo outras coisas, como a prevenção da mulher, resultados de exames, etc. não fico bitolada na hipertensão. Isso é pra desafogar a demanda também. Aí, eu passo medicação pra 3 meses e qualquer necessidade eu oriento que venha nas intercorrências. Mas, agora chegamos a um limite e não dá pra encaixar mais ninguém. E aqueles que não estão nos grupos, tem que vir pra fila. Por que não tem condições de incluí-los nos grupos. Aí, quem tem plano de saúde vai pra lá, outros marcam atendimento nas unidades de saúde próximas ao trabalho (MSF, USF Y).

- O caminho do usuário ao especialista

A **decisão de encaminhar** um paciente para um especialista parece variar bastante entre os médicos de saúde da família. Quando questionamos, durante o grupo focal, sobre que tipo de paciente deveria ser encaminhado para o cardiologista, uma médica de saúde da família respondeu:

hipertensos graves, que faz 3, 4 medicações e mesmo assim persiste com a PA alta; pacientes com arritmia ou sopro e parecer cardiológico. O ideal é que todo hipertenso, uma vez ao ano, tivesse uma consulta com cardiologista (MSF, USF 'Y').

Ao analisarmos as justificativas de encaminhamento registradas nas fichas de encaminhamento ao especialista de várias unidades de saúde, encontramos dificuldade em categorizar os registros de acordo com queixas ou sintomas clínicos, devido a grande variação no elenco dessas justificativas.

Além disso, alguns profissionais que compõe as USF afirmaram que o **'perfil do médico' tem influenciado muito na quantidade de encaminhamentos** para especialistas.

Essa Dra. é muito boa. Ela tenta resolver o máximo o caso do paciente aqui na unidade e só encaminha quando ele precisa mesmo (ACS 2, USF X).

Quando a médica ferista vem fazer o rodízio aqui na unidade, porque tá faltando médico na equipe, ela manda muito encaminhamento... é porquê ela é plantonista e tá acostumada a encaminhar [...] (Gerente de USF).

A figura 3 é o fluxograma descritor da trajetória que o usuário faz da USF até o atendimento especializado de um cardiologista.

Quando um médico de família encaminha um usuário ao especialista, o paciente procura a recepção da USF para entregar a sua ficha de

encaminhamento ao profissional responsável pela marcação das consultas e é orientado a aguardar em casa que a consulta seja agendada. No período em que realizamos a pesquisa, a média de espera pelo agendamento era de um mês. Quando a consulta é marcada, o ACS leva a ficha de encaminhamento com os dados do agendamento até a residência do usuário.

Nos dias e horários agendados, o responsável pelo agendamentos das consultas faz contato telefônico com a Central de Regulação do Recife ou com a central de marcação da policlínica para agendar a consulta e dependendo da disponibilidade da cota e vaga, a consulta é marcada.

Quando questionamos sobre a existência de **absenteísmo**, os responsáveis pela marcação afirmaram:

[...] geralmente, os pacientes faltam por causa de passagem. As vezes, o ACS entrega a ficha em cima da hora.. faltando um dia ou dois pra consulta e eles não tem como conseguir a passagem e faltam (Aux. Adm. 2, USF X).

As USF estudadas têm oferta de consulta cardiológica em dois serviços de referência, um municipal e outro conveniado. Verificamos que não existem critérios definidos que ajudem na escolha do serviço de referência onde cada paciente será agendado, ficando muito sob responsabilidade do 'marcador das consultas' esse tipo de definição.

Marcamos de acordo com a disponibilidade da cota. Agora, quando a médica pede prioridade, é um caso mais sério, aí a gente recomenda que vá para o hospital filantrópico (Aux. Adm. 1, USF X).

Por que a gente já percebeu que na policlínica, a gente não tem exames complementares (...) aí termina que ele não tem o parecer do cardiologista porque não tem o exame e o paciente tem que voltar novamente (Aux. Adm. 2, USF X).

Outra informação que chama a atenção é que o agendamento das consultas é realizado, predominantemente, pela ordem de chegada das fichas

de encaminhamento na recepção. Com exceção dos casos em que o próprio médico sinaliza a 'urgência' ou 'prioridade' dos pacientes, é o responsável pela marcação das consultas que tenta priorizar quem será agendado primeiro. Ou seja, a **análise de risco clínico** não é atividade consolidada no processo de trabalho das ESF.

A marcação é por ordem de chegada. Quando a médica me chama e diz que o paciente é urgente, a gente o passa na frente dos outros [...]. É muito difícil. Entre nós, a gente usa um termo até forte [...] Mas, é assim: a gente escolhe quem vai morrer e quem vai viver; você vai para o especialista e o outro vai esperar mais um pouquinho (Aux. Adm. 3, USF Y).

O tempo de espera pelo agendamento de uma consulta é uma das barreiras para o atendimento integral da população e uma causa de angústia para os profissionais que compõe as USF.

O ideal é que todo hipertenso, uma vez ao ano, tivesse uma consulta com cardiologista. Mas, isso não existe. Às vezes, nem o paciente que a gente detecta dor pré-cordial, angina [...] o acesso não é fácil. É muito chato isso. A gente fica de mãos atadas. Porque você sabe que o paciente necessita, se angustia e esbarra nas dificuldades (MSF 3, USF Y)

[...] muitas vezes, ele (paciente) sai da consulta da médica com o encaminhamento e vai escutar na recepção que ele pode esperar até um ano para ser atendido. Então, ele fica mais angustiado ainda (ACS 5, USF Y).

[...] é tão difícil que a gente já teve aqui 2 a 3 casos e pessoas que quando conseguimos marcar, o paciente já havia morrido (ACS 4, USF Y).

Assim, no relato das equipes, o tempo de espera é um aspecto de grande relevância na qualidade e resolutividade do atendimento prestado a população.

Outro grupo populacional que enfrenta bastante dificuldade para acessar serviços especializados são as crianças. Pois, **não existe oferta de**

atendimento especializado para o público pediátrico abaixo de 10 anos e o acesso aos serviços de referência estaduais é realizado após uma longa trajetória.

Não tem especialista pediátrico na policlínica e nem nos hospitais conveniados. Só tem em um hospital (referência no atendimento infantil). Por exemplo, em dezembro do ano passado, tinha uma criança precisando de uma consulta com cardiologista pediátrico e ela só conseguiu no 'hospital infantil filantrópico de referência estadual', depois de 6 meses. Porque, lá ela tem que passar, primeiro, pelo pediatra para depois ir pra um especialista. Aí ela perde mas tempo ainda. Porque já tinha passado pelo clínico da USF, vai para o 'hospital infantil filantrópico de referência estadual' pra passar por um pediatra e depois ir para o especialista (Auxiliar Administrativo 2, USF X).

Eu já falei com a Gerente Operacional de Atenção à Saúde do distrito sanitário. Eu já detectei sopro numa criança, sou pediatra, mas tenho que encaminhar para o pediatra (do hospital de referência) identificar tudo o que eu já vi e depois encaminhar para o cardiologista. Aí, é passagem para a mãe ver o dia que marca pediatra; depois, passagem para ir marcar; depois, passagem para ser atendida e ser encaminhada pra o especialista (...) e quanto tempo vai esperar, ainda, pra ser marcado? (MSF, USF Y).

Ao analisarmos a figura 3, identificamos no fluxograma descritor que essa espera pela assistência é agravada quando o paciente precisa fazer exames complementares e retornar para o especialista. Pois, o usuário espera a marcação da 1ª consulta, depois tem o tempo de espera pelos exames complementares, cuja oferta é bastante reduzida, como é o caso dos ecocardiogramas e teste ergométrico, por exemplo, e depois que consegue realizar os exames, o usuário precisa esperar para agendar a consulta de retorno.

O longo intervalo de tempo entre os atendimentos, a escassez de oferta qualificada de alguns procedimentos e a desarticulação entre os serviços que compõe a atenção básica e a atenção especializada constituem um conjunto importantes de obstáculos que o usuário e as equipes de saúde da família enfrentam na construção de um **cuidado contínuo e integral**.

[...] se o paciente precisar de exames especializados como ECG, Teste ergométrico [...] eles voltam por que o hospital manda voltar. E a gente não consegue marcar esses exames porque não temos cota [...] e a gente orienta a procurar os hospitais de alta complexidade (Aux. Adm. 2, USF X).

E aí quando ele consegue a consulta e faz os exames vai ter que enfrentar a *via crucis* de novo. Para retornar ao médico, entrar na fila que não é pequena [...] (ACS 4, USF Y).

E o pior é que, as vezes, eles fazem os exames (no consultório) particular e não consegue voltar, então eles se angustiam e vem pra gente, e nós nos angustiamos também (ACS 2, USF Y).

A realidade é que quando o problema dele (do usuário) tem que ser solucionado no especialista, para tudo! Fica emperrado! É uma porta que está emperrada e que não abre (ACS 4, USF Y).

A dificuldade prestar um cuidado sem interrupções também é relatada pelo cardiologista da unidade de saúde de referência que se queixa da qualidade dos equipamentos diagnósticos com os quais trabalha e da qualidade dos exames realizados na rede conveniada.

Nós passamos dois anos sem eletrocardiograma, porque o aparelho estava quebrado. E vocês sabem que consulta cardiológica sem eletrocardiograma e nada é a mesma coisa. [...] meu arsenal é eletrocardiograma, ecocardiograma e raio x. A prefeitura me disponibiliza o serviço de ecocardiograma do hospital conveniado que não vale nada, absolutamente nada. Um aparelho extremamente obsoleto, que o povo brinca em dizer que vê alguma coisa e a cada 10 pacientes graves que eu tenho, chegam 9 com o resultado do exame normal. E todo mundo chega dizendo: 'ah! eu quero fazer aquele exame doutor'. Aí, eu explico logo que aquele exame não vale nada (Cardiologista, unidade de saúde de referência).

O acesso restrito e fragmentado à assistência especializada revela a **incipiente formação de redes assistenciais** no município de Recife. Na realidade, tem-se um conjunto de serviços que ainda atuam de forma muito

pouco articulada e, além disso, uma escassez de oferta de serviços especializados que contribuem para ampliar as dificuldades de acesso da população a todos os níveis assistenciais.

Foi possível observar fragilidade na comunicação entre esses serviços e, muitas vezes, o desconhecimento dos profissionais em relação aos recursos que estão disponíveis. Quando perguntamos se as USF conseguiam marcar consultas para os pacientes que tinham prioridade, eles responderam:

Na regulação nunca consegui. São apenas aquelas cotas. Mas, na policlínica, às vezes, a gente consegue e nunca tive contato com a médica reguladora (Aux. Adm. 1, USF X).

A relação (com a Central de Regulação) é formal até demais. É só na hora da marcação e pronto. Outra coisa, a gente não é treinado direito, não recebemos informação, outras pessoas é que passam para gente (Aux. Adm. 2, USF X).

Percebe-se que alguns profissionais responsáveis pela marcação das consultas não conhecem os recursos que a Diretoria Geral de Regulação do Sistema (DGRS) disponibiliza às unidades de saúde, como por exemplo, a função da médica reguladora. Desde a implantação da DGRS, em 2007, a médica reguladora pode agendar consultas para os pacientes que estão em situação clínica prioritária ou consultas e exames, em cujas especialidades as USF não possuem cota. Pois, quando a oferta de um procedimento é muito pequena, as cotas ficam sob gestão dessa profissional que deverá julgar clinicamente a prioridade de marcação de cada usuário.

Outro aspecto interessante que impacta diretamente na fragilidade da rede assistencial é a ausência de comunicação entre os serviços e/ou profissionais que compõe a atenção básica e a atenção especializada do município. Os profissionais, dificilmente se reúnem e a comunicação, quando existe, acontece de forma muito incipiente através das fichas de referência e contra-referência.

Não temos contra-referência dos pacientes que encaminhamos. Quando o paciente consegue explicar, sabe falar, eles é que dizem 'o Dr. disse que eu não tenho nada' ou 'ele disse que eu só preciso voltar uma vez ao ano' [...]. Assim, tem uns que sabem falar, mas, tem outros que não sabem dizer nada e não trazem nenhum papel com contra-referência. Aí, a gente fica sem saber que aconteceu [...] (MSF, USF Y).

Não conhecemos o cardiologista da referência. Tivemos o primeiro contato esse mês na reunião de matriciamento (Enfermeiras 1 e 2, USF X).

Nesse contexto, identificamos que os profissionais de saúde, na ânsia de resolver alguns hiatos na prestação do cuidado à população, têm construído, por iniciativa individual, através de suas redes de relacionamento ou inserção profissional, 'caminhos alternativos' ao fluxo assistencial oficial para viabilizar o acesso de alguns usuários, cuja situação clínica é considerada mais crítica, aos serviços de saúde dos quais necessitam.

Eu conto, através de favores, com o ecocardiograma de um hospital. Eu encaminho alguns pacientes pra fazer teste ergométrico e cateterismo (Cardiologista, unidade de saúde de referência).

[...] temos outra relação sim (com a atenção especializada). Por exemplo, a filha de uma amiga minha estava precisando de um exame e eu consegui marcar num hospital de grande porte através de um amigo (ACS 1, USF X).

E é assim que a médica da USF também consegue resolver muita coisa. Através das amigas dela. Muitas vezes, do consultório dela, na frente do paciente, quando ela vê que o paciente precisa, ela mesmo liga do celular dela para os amigos e resolve muita coisa (Enfermeira 1, USF X).

Às vezes, até raio-x, quando tem alguém que precisa muito, a ACS 5 que também é técnica de radiologia e dá plantão em um hospital, ela mesma marca com a pessoa que precisa e tira o raio-x lá. E assim, a gente consegue muita coisa. Isso se chama rede paralela...(risos). Isso se chama intersetorialidade (risos). É complicado, mas, essa é a rede que a gente faz (ACS 1, USF X).

Quando questionados a respeito de possibilidades de mudança e alternativas para melhorar a qualidade da atenção a saúde, muitos profissionais apontam para a necessidade de estruturar um processo de trabalho onde profissionais **especializados apoiem as equipes de saúde da família** no cuidado a saúde da população.

Acho que se tivessem outros profissionais mais próximos, ajudaria muito, como a nutricionista, educador físico [...] aí, a gente poderia inventar alguma coisa (Enfermeira 2, USF X).

O cardiologista deveria vir atender dentro da USF a cada 15 dias, para facilitar o acesso e, além disso, colocar mais um médico na ESF, porque está faltando (Enfermeira 1, USF X).

Eu sugeri em uma reunião passada, que pelo menos, a cada 3 meses, o cardiologista, a nutricionista viessem para USF para fazer avaliação dos hipertensos que são acompanhados pela ESF. Por que isso já iria facilitar muita coisa se eles viessem aqui. Principalmente, a nutricionista porque nós temos muitos obesos. Acho que as palestras seriam muito importantes para ajudarem porque agente já fez um levantamento com um grupo de hipertensos e eles pediram palestras, orientação e especialistas na USF (ACS 4, USF Y).

É difícil tratar esses pacientes porque a gente não tem nenhuma nutricionista que possa fazer palestra sobre dieta e dar orientações que são importantes pra esses pacientes (MSF 1, reunião de apoio matricial).

Além da inclusão de novos profissionais na composição do cuidado prestado a população na atenção básica, também foi citada a **importância de protocolos clínicos** para auxiliar as equipes no manejo diagnóstico e terapêutico da hipertensão arterial.

Porque a gente não pensa num protocolo que nos ajude com doses de medicamentos, aferição de pressão arterial, pré-consulta (sala de espera), etc? Enfim, porque isso pode nos ajudar na organização do trabalho, na retirada de algumas medicações da rede [...] (MSF 2, reunião de apoio matricial).

A observação de um médico de família sobre a necessidade de “criar” protocolos clínicos para orientar os profissionais de saúde no cuidado do paciente com HAS é interessante porque esse protocolo já existe há bastante tempo. O Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao *diabetes mellitus* é um programa normatizado pelo Ministério da Saúde e inclui um elenco de ações já validadas que vão desde as orientações educacionais, diagnóstico e tratamento da HAS e da Diabetes Mellitus (BRASIL, 2001a).

8 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

8.1 Perfil da demanda

O perfil da população que teve consulta de cardiologia agendada para o hospital filantrópico no período estudado caracteriza-se, principalmente por pessoas do sexo feminino e com faixa etária, predominante, acima dos 40 anos.

A predominância do gênero feminino na utilização dos serviços de saúde já foi observada em diversos estudos, como os de Travassos et al. (2002) e Ribeiro et al. (2006) e que relacionaram esse aspecto ao fato de “as mulheres perceberem suas necessidades de saúde de maneira diferente, apresentando mais queixas e doenças crônicas do que os homens”.

Além disso, acredita-se que a maior quantidade de agendamentos para pessoas com idade acima de 40 anos deve-se à maior prevalência de hipertensão arterial na população nessa faixa etária e também, ao agravamento das condições de saúde da população idosa em comparação aos jovens e crianças (RIBEIRO et al., 2006; TRAVASSOS et al., 2002).

8.2 Demanda reprimida

Além do grande quantidade de pessoas aguardando a marcação de consultas cardiológicas, chama atenção a orientação que tem sido dada aos usuários sobre a possibilidade de procurarem outros serviços em busca do atendimento especializado que precisam.

Esse tipo de informação, em parte pode ampliar o “leque de opções” de atendimento da população. Mas, não existe nenhuma garantia de acesso para essas pessoas que vão buscar, por conta própria, o atendimento de suas necessidades assistenciais. Além disso, essa situação dificulta a estimativa

real da demanda reprimida por assistência especializada e a continuidade do cuidado desses pacientes, já que os mesmos dificilmente conseguem esse atendimento e acabam desistindo, como relatado no depoimento das ESF.

Segundo Malta et al. (2004), quando não existe um processo de trabalho, cuja organização objetive a integralidade do cuidado e que busque orientar os percursos assistenciais, o usuário acaba fazendo

[...] o seu próprio caminhar pelas redes de serviços, induzindo consumo de procedimentos. Essa prática é altamente perversa, podendo levar a erros diagnósticos, acessos negados, Procedimentos mais onerosos e não efetividade do cuidado. Muitas vezes só o usuário consegue recuperar a história da sua peregrinação, sendo o seu próprio “fio condutor”.

8.3 Preenchimento da justificativa do encaminhamento ao especialista

O grande número de fichas de encaminhamento ao especialista sem justificativa tem sido apontado como uma das principais dificuldades no processo de referenciamento para atenção especializada.

Num estudo realizado no município de Belo Horizonte - MG, os autores também investigaram a qualidade dos encaminhamentos para assistência especializada e descobriram que 22,4% dos encaminhamentos não continham qualquer informação clínica e 48,92% continham apenas: a hipótese diagnóstica ou o sinal ou sintoma presente, totalizando, assim, 70.96% de “guias com informações insuficientes para uma intervenção mais qualificada e resolutiva no nível secundário” (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2003).

Esses autores também acreditam que esses dados podem ser reflexos de uma baixa utilização dos recursos disponíveis na atenção básica ou da fragilidade de vínculo entre equipes e os usuários nas unidades básicas.

Além disso, o não preenchimento adequado da justificativa do encaminhamento impede o julgamento sobre risco clínico dificultando a definição de prioridades na hora do agendamento das consultas. Em algumas

unidades conforme identificamos, o profissional responsável pela marcação de consultas perguntava ao usuário o que ele tinha, para tentar fazer uma marcação mais adequada.

8.4 O acesso na atenção básica: porta estreita e sem acolhimento

Segundo Starfield (2002), em sistemas de saúde organizados hierarquicamente por nível de atenção, como seria o caso brasileiro, o ponto de primeiro contato do sistema, a atenção básica, deve ser de fácil acesso. No entanto, a realidade estudada, assim como afirmou Fekete (1996), demonstra que a disponibilidade de um serviço em um determinado local não garante sua efetiva utilização e que apesar da Saúde da Família se constituir numa estratégia técnica e política “com potencial para equalizar a relação oferta-demanda, na prática ainda não conseguiu desburocratizar o acesso aos serviços” (MERHY; FRANCO, 1996).

Em alguns estudos realizados no município do Recife a partir da percepção dos usuários sobre a qualidade dos serviços de saúde (GALINDO, 2001; GATTÁS, 2003) apontam para falhas relacionadas ao acesso, a forma como os profissionais tratam os pacientes, ao acolhimento e à baixa resolubilidade.

A dificuldade encontrada pelos usuários na busca pelo atendimento de suas necessidades assistenciais está presente ainda na atenção básica e se prolonga pelos demais níveis assistenciais, adiando o atendimento oportuno dos problemas de saúde e prolongando o sofrimento da população.

Assim, a inexistência de oferta de atenção em cardiologia pediátrica, as dificuldades que vários usuários enfrentam para pagar o seu deslocamento até os serviços de referência e o tempo de espera por uma consulta especializada são aspectos de uma mesma realidade que refletem as dificuldades de acesso da população aos serviços especializados e básicos. Essas barreiras situam-se, principalmente, de acordo com a definição de acesso de Giovanella e Fleury (1996), nas dimensões da disponibilidade,

entendida como relação entre o volume e o tipo de serviços existentes, e da acessibilidade que é a relação entre localização da oferta e dos usuários.

A ausência de acolhimento nas unidades de saúde da família ajuda a consolidar um certo modo de organização de ações de saúde que privilegia a competição pela busca da assistência e exclui do atendimento uma parcela significativa da população. É importante reorganizar nos serviços de saúde o acesso universal a partir da mudança no atendimento por ordem de chegada, que é apropriado para outros tipos de serviços, como bancos ou supermercados, mas inadequados para a saúde (CAMPOS, 2003).

O acolhimento se concretiza no receber bem, na escuta atenta da demanda de cada usuário, buscando formas de compreendê-la e, sempre que possível, dar resolutividade a mesma. E quando associado a avaliação de risco clínico, ou seja, ao atendimento e à resolutividade de cada necessidade de forma diferenciada, pode auxiliar na reorganização do processo de trabalho (BRASIL, 2004).

Para Franco e Magalhães Júnior (2003), a resolutividade na rede básica também está relacionada “à ação acolhedora, ao vínculo que se estabelece com o usuário, ao significado que se dá na relação profissional/usuário”, pois dessa forma seria possível identificar o risco clínico apresentado por cada usuário que procura atendimento na USF. Ao invés de excluir uma parte da população que procura os serviços de saúde, pelo critério de disponibilidade de fichas, os usuários teriam direito a escuta, orientação qualificada e adequada de acordo com a necessidade que cada um apresenta.

8.5 Ausência de prevenção e centralidade na assistência médica e individual

No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus, proposto pelo Ministério da Saúde, é salientada a importância da Atenção Básica, na abordagem desses agravos,

feita por meio do modelo de atenção programática que preconiza o desenvolvimento de ações contínuas e de alta capilaridade (BRASIL, 2001a).

Assim, nesse programa espera-se que o cuidado ofertado vá além do binômio queixa-conduta, que permita identificar assintomáticos (busca ativa), monitorar o tratamento, estabelecer vínculos entre equipe de saúde-pacientes-cuidadores e realizar educação em saúde, incorporando a realidade social do paciente a esse processo (BRASIL, 2001a). Dessa forma, esse programa é coerente também com a concepção da Saúde da Família, que a considera uma 'estratégia' para substituir a forma de operar do modelo assistencial vigente, e transformar os processos de trabalho "centralizados no atendimento médico, medicamentoso, curativo e individual, em um modelo coletivo voltado para o atendimento multi e interprofissional, centrado na família e na comunidade", onde o usuário seja visto de forma integral (COSTA et al., 2009).

No entanto, observamos no dia-a-dia das equipes de saúde da família que estudamos a ausência de ações coletivas de educação em saúde e a existência de uma centralidade da assistência médica na organização do cuidado ao usuário com hipertensão, revelada no modo como o fluxo assistencial da unidade de saúde é voltado para a consulta médica. Esses aspectos parece revelar que as ações programáticas para controle da HAS não tem sido implementadas de forma integral na rede básica de saúde da MR 6.3.

Uma das justificativas apresentadas nos grupos focais para a inexistência de atividades preventivas é a falta de profissionais médicos em todas as ESF e o número "excessivo" de famílias adstritas. Isso estaria contribuindo para aumentar a demanda para consultas médicas e impedindo as ESF de realizarem atividades e promoção e prevenção a saúde.

A Hipertensão Arterial Sistêmica, condição traçadora que utilizamos nesse estudo, é um grave problema de saúde pública no Brasil e a despeito da multiplicidade de fatores envolvidos nesse problema, as ações de saúde na atenção básica ainda priorizam muito o tratamento medicamentoso dessa morbidade.

Sabe-se que a abordagem preventiva, seja em grupo ou individualmente, precisa trabalhar os diversos aspectos psicossociais envolvidos, tanto na etiologia quanto no tratamento da HAS (LESSA et al., 2006; MANO; PIERIN, 2005; SIMONETTE, 2002). Pois, os meios de prevenção e tratamento, assim como as informações disponibilizadas para as famílias de portadores, são fundamentais no controle dessa doença (SARAIVA et al., 2007).

De modo geral, as atividades coletivas são de grande importância para realizar atividades educativas que estimulem a população ao auto-cuidado, auto-estima e mudanças de hábito de vida, pois segundo Castro et al. (2009), são nesses espaços

[...] que os usuários podem trocar experiências, vivências, informações com outros usuários e com os profissionais, contribuindo para a democratização das informações, para a análise da realidade social, da realidade específica de trabalho em busca da universalização e ampliação dos direitos.

Segundo Malta et al. (2004), a ausência de ações sistemáticas de promoção e prevenção pode influenciar na entrada na rede de serviços. A criação grupos de acompanhamentos de hipertensos, ou atividades coletivas para incentivo a atividades físicas “podem vincular clientela específicas e evitar consumos desnecessários de serviços”.

Apesar disso, muitos profissionais de saúde tendem a “secundarizar, colocar na periferia do projeto assistencial/terapêutico os saberes e ações de caráter preventivo, educativo” e assim, deixam de construir projetos terapêuticos mais integrais e resolutivos, em substituição à racionalidade biomédica (PEDUZZI, 2007).

A integralidade do cuidado prestado é construída a partir da “articulação entre a lógica da prevenção e da assistência, de modo que haja sempre uma apreensão ampliada das necessidades de saúde” (MATTOS, 2004).

Nesse contexto, a integralidade também está ligada a estruturação de oferta para atender as demandas e necessidades da população. Onde as

ações assistenciais relacionam-se com o modo como os serviços de saúde se organizam para atender a demanda, ou seja, ao sofrimento expresso por cada indivíduo ao buscar um serviço de saúde. E em contrapartida, as ações de prevenção, de alguma forma, se antecipam à expressão individual de sofrimento, podendo ser geradas partir do conhecimento dos profissionais sobre os riscos e determinantes das doenças.

8.6 A (des)continuidade do cuidado e a fragmentação das redes

De acordo com Andersen (1995) em um de seus trabalhos sobre o uso de serviços de saúde, acesso “se refere à entrada no serviço de saúde e à continuidade do tratamento com o recebimento de cuidados subseqüentes”.

Hoje, é possível identificar a existência de diversas ferramentas operando na estruturação de fluxos assistenciais integrados no município do Recife, tais como: a definição de unidades de referência para cada USF; instrumentos formais para referência e contra-referência; sistemas informatizados para regular o acesso aos serviços de saúde; a médica reguladora, cuja função, é auxiliar no acesso dos usuários com maior risco clínico.

No entanto, a partir da análise do caminho que o usuário faz em busca de assistência, desde a atenção básica até a atenção especializada, observam-se muitas rupturas e entraves na linha de cuidado que vão desde a escassez de oferta ou má qualidade dos recursos assistenciais disponíveis à dificuldade de articulação entre os níveis assistenciais. Fatores esses, que têm funcionado como verdadeiras barreiras de acesso, ainda na atenção básica.

De acordo com Merhy e Cecílio (2003), a forma como estão articuladas as práticas dos trabalhadores no âmbito da atenção básica e na articulação deste nível assistencial com a atenção especializada tem contribuído para uma menor integralidade da atenção prestada.

A linha do cuidado parte da premissa da produção da saúde de forma sistêmica, a partir de redes macro e micro institucionais, em processos dinâmicos, às quais está associada a imagem de uma “linha de produção” voltada ao fluxo de assistência ao beneficiário, centrada em seu campo de necessidades (MALTA et al., 2004).

A estruturação dos fluxos assistenciais no município de Recife tem-se construído a partir de ferramentas tecnológicas importantes como centrais de regulação informatizadas, mas, aparentemente, ainda não conseguiu superar a fragmentação da produção em saúde presente tanto no ambiente interno das ESF quanto nas relações entre os serviços que compõem os diversos níveis assistenciais do município.

O caminhar do usuário pela linha de cuidado não pode ser feito de modo impessoal e mecânico onde a responsabilidade dos serviços de saúde e da gestão do sistema seja traduzida, apenas, na garantia ferramentas de referência e contra-referência e sistemas informatizados. Também é importante a criação de dispositivos que ampliem a comunicação entre os profissionais e os serviços de saúde que compõe as redes assistenciais, ampliar a oferta de serviços e assegurem a prestação de ações cuidadoras integrais e resolutivas.

Segundo Malta et al (2004), a linha de produção do cuidado não termina no estabelecimento do projeto terapêutico dentro de um serviço de saúde, antes, ela deve ter continuidade no “acompanhamento deste usuário para garantir a integralidade do cuidado”. Esses autores afirmam ainda, que a ausência de práticas de promoção e prevenção, a deficiência da rede de serviços na oferta de apoio diagnóstico terapêutico e assistência especializada são alguns fatores que contribuem para o rompimento da linha de cuidado.

Num recente estudo realizado por Giovanella et al (2009) sobre a estratégia de saúde da família no Brasil, identificou-se algumas barreiras na constituição de rede assistencial, tais como: insuficiência na oferta de atenção especializada, incipiente integração com serviços de gestão estadual e a dificuldade de interação entre profissionais generalistas e especialistas foi apontado como desafio para integração dos processos de trabalho e

superação das “relações hierárquicas e o isolamento entre atenção básica e especializada”.

Nesse contexto de fragmentação, a implementação de uma lógica de planejamento integrado para conformar sistemas funcionais de saúde, dotados de mecanismos de comunicação e fluxos de inter-relacionamento, poderia contribuir para a garantia do acesso dos usuários às ações e serviços de níveis de complexidade necessários para a resolução de seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis (ROSA et al., 2009).

Nesse sentido, a criação de protocolos clínicos com orientações para diagnóstico e manejo terapêutico das doenças mais prevalentes, a definição de critérios para classificação de risco clínico, o monitoramento das listas de espera e a integração de sistemas de informação são algumas das ferramentas apontadas para auxiliar no fluxo de referência e contra-referência dos usuários (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004)

Giovanella et al. (2009) identificaram, em algumas capitais brasileiras, iniciativas exitosas de integração de rede e regulação gerencial, tais como:

[...] investimentos em tecnologias de informação e comunicação, com a implantação de sistemas informatizados de regulação e prontuários eletrônicos. [...] A constituição de fóruns integrados de discussão entre a atenção básica e especializada, a telemedicina e o apoio matricial também são estratégias com potencialidades para superar a distância entre gerentes e profissionais dos dois níveis assistenciais e a fragmentação da rede.

Desse modo, a ampliação da comunicação entre os serviços através de rodas de co-gestão na constituição de linhas de cuidado podem favorecer o fortalecimento da regulação gerencial enquanto um dispositivo de monitoramento e melhoramento permanente da qualidade da atenção cuidadora em rede (CAMPOS, 2000; CECCIM; FERLA, 2006).

Além disso, também é importante o envolvimento dos trabalhadores que operam esse sistema de saúde para que sejam estruturados fluxos que “impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher,

informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora”, superando assim a concepção racionalizadora da hierarquização burocrática no acesso aos serviços de saúde (CECIM; FERLA, 2006).

8.7 Demanda: nesse rio deságua muitas águas!

Na análise sobre a organização dos processos de trabalho na rede básica e sua relação com a atenção especializada no município do Recife, foi possível identificar alguns aspectos que podem influenciar no volume e perfil de demanda gerada para os serviços especializados.

Isso está de acordo com o que aponta Travassos e Martins (2004), quando afirmam que os trabalhadores de saúde têm papel relevante na definição sobre o tipo e a intensidade da demanda por serviços de saúde. Conforme resultados desse trabalho, a experiência e especialidade do profissional médico e o modo como ele organiza seu processo de trabalho pode contribuir para uma atenção básica mais resolutive ou num excesso de encaminhamentos para assistência especializada, sem o esgotamento dos recursos assistenciais disponíveis na atenção básica.

O modo como se estrutura a oferta assistencial na atenção básica também influencia na demanda por assistência especializada (TRAVASSOS; MARTINS, 2004). Assim, a ausência de acolhimento pode influenciar no retardo da identificação dos usuários que apresentam maior risco de complicações clínicas. Por outro lado, a escassez de ações de prevenção e promoção à saúde impede a detecção precoce e a maior eficiência no controle de algumas morbidades como a HAS, contribuindo assim para ampliar o sofrimento do usuário e a necessidade de atenção especializada.

Para Dutton (1986), além da influência dos usuários e profissionais existe outro elemento que também é determinante na geração de demanda assistencial: o próprio sistema de saúde analisado a partir dos seus obstáculos estruturais sejam financeiros, temporais (tempo de espera e distância) ou organizacionais.

Dessa forma, as dificuldades de acesso do usuário, tais como: o tempo de espera para conseguir uma consulta médica, ainda na atenção básica e depois na especializada, a falta de recursos para chegar aos serviços de referência mais distantes, o modelo tecnoassistencial predominante na rede básica do município do Recife, caracterizado, ainda, por sua centralidade em ações médicas, curativas e individuais aliada à fragilidade da integração das redes básica e especializada contribuem para ampliar a demanda por assistência especializada.

8.8 Sugestões para mudança

8.8.1 A Educação Permanente na composição do processo de trabalho das Equipes de Saúde da Família

Durante os grupos focais e a observação direta, registramos diversas que falas dos trabalhadores das ESF sobre estratégias para melhorar a qualidade da assistência ofertada.

Despertou nossa atenção a sugestão de um médico para 'criar protocolos clínicos', pelo fato de já existir um protocolo validado e reconhecido mundialmente para o cuidado de pessoas que vivem com hipertensão arterial sistêmica. Além disso, a Diretoria Geral de Regulação do Sistema, órgão da secretaria de saúde do Recife, já distribuiu para toda rede outros protocolos que orientam sobre o encaminhamento de usuários para rede especializada e sobre o uso da Central de Regulação.

Esse aparente desconhecimento dos profissionais sobre a existência de protocolos, clínicos e assistenciais, aponta para a necessidade de estruturação de processos de educação permanente das equipes de saúde da família.

Diversos estudos (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006; CECCIM; FEUERWERKER, 2004; CECCIM, 2005; MERHY, 2005; CECCIM; FERLA, 2006) têm afirmado a importância estratégica que a educação permanente

pode assumir na reorganização de processos de trabalho em saúde. Segundo Ceccim (2005), a Educação Permanente em Saúde toma o processo de trabalho como seu objeto de transformação, com o intuito de melhorar a qualidade do cuidado em saúde. Se estrutura a partir da reflexão sobre o cotidiano do trabalho e das necessidades existentes, para auxiliar na formulação de estratégias que ajudem a solucionar estes problemas. Assim, a educação permanente precisa gerar no trabalhador a capacidade de problematizar a si mesmo no seu agir, pela problematização do seu cotidiano de trabalho implicando-o no compromisso de transformação da sua prática (CECCIM, 2005; MERHY, 2005).

Acreditamos que a educação permanente pode se concretizar em diversos espaços coletivos do cotidiano dos serviços como são as reuniões de equipe, as discussões de caso clínico, entre outros, e desencadear processos de reflexão e implicação dos sujeitos com a produção do cuidado integral a saúde.

Para isso, é importante a utilização de 'ferramentas' que ajudem no processo de compreensão sobre o processo de trabalho. O uso de ferramentas auto-analisadoras como é o Fluxograma Descritor que utilizamos nesse estudo, tem sido defendido por vários autores (BARBOZA; FRACOLLI, 2005; CASTRO et al, 2009; FRANCO, 1999, 2003; REIS; DAVID, 2010) para estimular os trabalhadores da saúde ao exercício da reflexão sobre o seu cotidiano de produção do cuidado em saúde.

8.8.2 A potência da interdisciplinaridade no cuidado a saúde

Outra sugestão que apareceu, repetidamente, nas falas das equipes foi a necessidade de inserir outros profissionais na composição da atenção básica. Nesse sentido, esses trabalhadores acreditam que a aproximação de profissionais especializados das equipes de saúde da família, proporcionaria um cuidado a saúde mais integral e acessível.

Segundo Ceccim e Ferla (2006), o trabalho em equipe tem fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações no cuidado

à saúde e na constituição de linhas de cuidado. Um estudo sobre trabalho em equipe revelou que este

[...] se constitui por meio da relação recíproca, entre a articulação das ações executadas pelos distintos profissionais e a interação destes, visto que a comunicação o veículo que possibilita a própria articulação (PEDUZZI, 2001).

Mas, o simples agrupamento de vários profissionais não basta para a constituição de equipes e para garantir atuação interdisciplinar. Vários autores (BRASIL, 2004; CAMPOS, 1999; COÊLHO, 2006; SAMARA, 2010) têm apresentado propostas para a organização do trabalho em equipe através dos dispositivos: arranjo matricial e equipes de referência.

A definição de equipes de referência implica num sistema de referência entre profissionais e usuários, onde cada unidade de saúde se organiza através da composição de equipes multiprofissionais com caráter interdisciplinar e com responsabilidade sobre uma população adstrita. O apoio matricial é um arranjo que complementa a equipe de referência, no intuito de alterar a “lógica burocrática de encaminhamentos com pouca responsabilização e frágil padrão de vínculos”. Assim, os profissionais especialistas podem apoiar as equipes de referência na discussão, acompanhamento de casos e na construção de projetos terapêuticos (BRASIL, 2004).

A estruturação de arranjos matriciais entre equipes possibilitaria, na visão de alguns autores como Campos (1999), uma ampliação nas alternativas de composição dos projetos terapêuticos singulares, sem diminuir a responsabilidade sobre os casos e sem criar percursos intermináveis de encaminhamento alinhavando as ações em rede.

Alguns municípios já implementaram os dispositivos de arranjo matricial e equipes de referência, como foi o caso de Betim-MG, Campinas-SP e Camaragibe-PE (CARVALHO; CAMPOS, 2000; LUZIO; L'ABBATE, 2006; SAMARA et al., 2010).

O município de Camaragibe situado na região metropolitana do Recife tem desenvolvido, há alguns anos, uma experiência de apoio matricial e equipes de referência. Pois, desde 2002, esse município criou equipes multiprofissionais na área de saúde mental para matricular as ESF. Em 2008, com o incentivo financeiro do Ministério da Saúde, implantou duas equipes do Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), também na lógica de arranjo matricial e equipes de referência (SAMARA et al., 2010).

Como resultado dessa experiência camaragibense, aponta-se ampliação do acesso à assistência especializada, maior precisão nos encaminhamentos para atenção especializada, ampliação dos saberes das equipes de referência, fortalecimentos das ações interdisciplinares e das atividades coletivas. Além disso, o compartilhamento das ações entre as equipes (matriciais e de referência) tem contribuído para estimular que os profissionais trabalhem com outras racionalidades e visões de mundo além das próprias de seu núcleo, aumentando a capacidade de intervenção e resolutividade na atenção básica (SAMARA et al., 2010).

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando os objetivos deste trabalho e os resultados encontrados na análise da influência do processo de trabalho das equipes de saúde da família na geração de demanda por assistência especializada, tecemos as seguintes considerações:

A produção de demanda por assistência à saúde é um objeto bastante complexo e a compreensão dos fatores que influenciam na sua gênese tem especial relevância para o planejamento de sistemas de saúde mais integrais e acessíveis;

A análise da micropolítica do processo de trabalho em saúde pode ajudar na identificação de aspectos que impactam na produção e percepção da demanda assistencial como demonstramos nesse estudo, ao responder nossa pergunta de pesquisa;

Em relação aos objetivos propostos, identificamos:

- a) A demanda referenciada para atenção especializada de cardiologia é formada, predominantemente, por mulheres com faixa etária entre 40 a 69 anos;
- b) As principais causas clínicas de encaminhamento não foram identificadas porque os profissionais pouco registraram as causas clínicas nas fichas de encaminhamento ao especialista que analisamos;
- c) O fluxograma descritor é uma ferramenta analítica importante para estudar o processo de trabalho em saúde;
- d) Alguns aspectos do processo de trabalho das equipes de saúde da família como a inexistência de acolhimento, a centralidade do cuidado na assistência médica, a ausência de ações educativas e a dificuldade de interação entre os serviços e profissionais que compõe os diferentes níveis assistenciais podem estar influenciando para diminuir a resolutividade da atenção básica e aumentar a demanda por assistência especializada;

- e) Na compreensão das ESF, a implementação do apoio de equipes multiprofissionais especializadas na atenção básica pode ampliar a qualidade e resolutividade do cuidado à saúde nesse nível assistencial.

Considerando esses resultados, sugerimos a implantação do acolhimento nas USF da MR 6.3, a realização de atividades preventivas e a educação permanente das ESF por acreditarmos que essas ações podem ajudar a ampliar o acesso e a resolutividade da atenção básica.

Em relação a estruturação de redes, faz-se necessário a ampliação e qualificação da oferta de atenção especializada, principalmente, dos exames complementares. Outro aspecto relevante é a necessidade de fortalecer a integração entre os serviços e profissionais para pactuação de fluxos assistenciais na rede saúde. Nesse sentido, a implantação de dispositivos como rodas de co-gestão e apoio matricial a equipes de referência podem ser potentes para auxiliar na integração dos serviços e mudança no processo de trabalho das equipes.

Embora não tenha sido nosso objetivo estudar a acessibilidade aos serviços de saúde, identificamos que a quantidade de ESF incompletas junto a insuficiência de oferta especializada contribui para aumentar a limitação do acesso a assistência a saúde, mesmo na atenção básica e depois na especializada, o que vem contribuindo, na opinião das equipes de saúde da família, para ampliar a fragmentação da rede, impactando negativamente na qualidade e continuidade do cuidado à saúde da população.

Além disso, mesmo não sendo o foco do nosso estudo a avaliação das ações programáticas na atenção básica, alguns indícios nos levam a supor que ações programáticas para lidar com a hipertensão arterial na população da área não está sendo totalmente implementada na rede básica de saúde. Nesse sentido, seria muito importante um estudo avaliativo sobre a implantação do programa de controle da hipertensão arterial sistêmica no Recife.

Salientamos que o presente estudo apresenta limitações metodológicas que nos impedem de fazer generalizações quantitativas sobre o processo de trabalho de todas as ESF da rede básica de saúde do Recife.

Já que em outros territórios podem-se encontrar aspectos da micropolítica do trabalho que estejam influenciando diferentemente a demanda por assistência especializada e a qualidade do cuidado a saúde da população.

Dado as limitações temporais desse estudo, existem algumas lacunas que merecem estudos para alcançarmos uma melhor compreensão da realidade, tais como: a gênese e distribuição do absenteísmo; a descrição do perfil clínico da demanda referenciada para atenção especializada; a identificação do perfil dos profissionais e sua influência na produção da demanda por assistência especializada.

Por fim, salientamos que nosso interesse no estudo da micropolítica do trabalho em saúde está baseado no entendimento de que a compreensão sobre as intencionalidades e o modo produção do trabalho em saúde impacta diretamente na organização da assistência à saúde e, por isso, tem relevância estratégica na luta pela construção da integralidade da assistência no SUS.

REFERÊNCIAS

- ABRAHÃO, A. L. Atenção primária e o processo de trabalho em saúde. *Informe-se em promoção da saúde*, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p.01-03, 2007. Disponível em: <<http://www.uff.br/promocaodasaude/informe>> Acesso em: 21 maio 2009.
- ANDERSEN, R. M. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *Journal of Health and Social Behavior*, Cambridge, v. 36, p.01-10, 1995.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família. In: CAMPOS, G. W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro:Fiocruz. 2006. p.783-836.
- BARBOZA, T. A. V.; FRACOLLI, L. A. A utilização do “fluxograma analisador” para a organização da assistência à saúde no Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v 21, n.4, p.1036-1044, 2005.
- BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.
- BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília DF: Senado,1988.
- BRASIL. *Lei nº 8080*, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília,DF, 1990. Disponível em:<<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=134238>> Acesso em: 20 abr 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família: A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília,DF, 2000. Cadernos da Atenção Básica.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa Saúde da Família – PSF*. Brasília, DF, 2001.
- BRASIL. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Plano de reorganização da atenção à*

hipertensão arterial e ao diabetes mellitus. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Portaria nº 1.101, de 12 de junho de 2002. Estabelece parâmetros assistenciais do SUS. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, v. 139, n. 112, p.36, 13 jun. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cartilhas da Política Nacional de Humanização* (visita aberta e direito à acompanhante, equipe de referência e apoio matricial, acolhimento com classificação de risco). Brasília, DF, 2004.

CAMARGO JÚNIOR., K. R. Das necessidades de saúde à demanda socialmente constituída. In PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.(Org.). *Construção social da demanda: Direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS,UERJ, 2005. p.91-101.

CAMPOS, C. M .S. *Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil (os moradores) e do Estado (os trabalhadores de saúde)*. 2004. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, C. M.S.; BATAIERO, M.O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.11, n. 23, p.605-618, 2007. Disponível em: <<http://www.interface.org.br>> Acesso em 25 abr 2009.

CAMPOS, G. W. S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec. 1992.

CAMPOS, G. W. S. Contribuições sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a Mudança na Saúde*. São Paulo: Hucitec. 1994. p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 393-403, 1999.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição de sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2007.

CAMPOS, R. O. *O planejamento no labirinto: uma viagem hermenêutica*. São Paulo: Hucitec, 2003.

CARVALHO, S. R.; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 16, n.2, p. 507-515, 2000.

CASTRO, J. D. Regulação em saúde: análise de conceitos fundamentais. *Sociologias*, Porto Alegre, v.7, p. 122-135, 2002..

CASTRO, M. M. C. et al. O cuidado ao hipertenso no município de Juiz de Fora/MG: uma análise comparativa em Unidade Básica de Saúde. *Revista Atenção Primária em Saúde*, Juiz de Fora, v. 12, n. 3, p.249-261, 2009.

CECCIM, R.B. Educação permanente: desafio ambicioso e necessário. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v.9, n.18, p.161-177, 2005.

CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Gestão em redes: práticas, avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.165-184.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. *Physis*, Rio e Janeiro, v.14, n.1, p. 41-65, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994.

CECILIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.13, n.3, p. 469-478, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v13n3/0171.pdf>> Acesso em 26 abr 2009.

CECILIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: ABRASCO. 2001. P.113-126.

CECÍLIO, L. C. O.; MATSUMOTO, N. F. Uma taxonomia operacional de necessidades de saúde. In: PINHEIRO, R; FERLA, A. A. & MATTOS, R. A. (Org.) *Gestão em Redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EdUCS/UFRS: IMS/UERJ: CEPESC. 2006. P. 37-50.

CHAKKOUR, M. *Processo de trabalho em saúde: uma cartografia de fluxos e tempo trabalhador-centrada*. 2001. Dissertação (Mestrado) Departamento de Medicina Preventiva e Social, Universidade de Campinas, Campinas, 2001.

CHIZZOTTI, A. *Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

COÊLHO, B. P. *O reencantamento do concreto e as apostas nas mudanças nos Modelos de Atenção e de Gestão do SUS (O caso do Instituto Hospitalar General Edson Ramalho/João Pessoa/Paraíba)*. 2006. Dissertação (Mestrado). Departamento de Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2006.

COSTA, G. D. et al. Saúde da Família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.62, n. 1, p. 113-118, 2009.

DEMO, P. *Avaliação Qualitativa*. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

DUTTON, D. Financial, organizational and professional factors affecting health care utilization. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 23, p.721-35, 1986.

FELICISSIMO, A.; DUARTE, I. G. Demanda em saúde – Aspectos da patologia clínica na região metropolitana de São Paulo. *Revista de Administração em Saúde*, São Paulo, v.6, n.25, p.143-151, 2004. Disponível em: <http://www.cqh.org.br/files/RAS25_demanda.pdf> Acesso em 21 fev 2009.

FEKETE, M. C. Estudo da acessibilidade na avaliação dos serviços. *Livro do Projeto GERUS*, Brasília, DF, s.1, 1996.

FRANCO, T. B. Processos de trabalho e a mudança do modelo tecnoassistencial em saúde. 1999. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Campinas, Campinas, 1999.

FRANCO, T. B. Fluxograma descritor e projetos terapêuticos para análise de serviços de saúde, em apoio ao planejamento: o caso de Luz (MG). In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. . 161-198.

FRANCO, T. B. *Processos de trabalho e transição tecnológica na saúde: um olhar a partir do cartão nacional de saúde*. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2003a.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas de cuidado. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003.p.125-133.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do serviço social do hospital das clínicas da Unicamp. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando do SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. P.135-160.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ, 2005. p. 181-193.

GALINDO, E. F. *Qualidade da atenção à saúde no Distrito Sanitário V da Cidade do Recife: a visão dos usuários*. 2001. Monografia. (Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2001.

GATTÁS, G. R. I. C. *Análise do Programa Saúde da Família a Partir dos Usuários da USF de Vila União/DS IV no Recife*. 2003. Monografia.

(Residência Multiprofissional em Saúde Coletiva). Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, FIOCRUZ, Recife, 2003.

GIOVANELLA, L.; FLEURY, S. Universalidade da Atenção à Saúde: acesso como categoria de análise. In: EIBENSCHUTZ, C. (Org.) *Política de Saúde: o público e o privado*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996. p.177-198.

GIOVANELLA, L. et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, 2009, v.14, n.3, p. 783-794, 2009.

HARTZ, Z. M. A. (Org.). *Avaliação em saúde: dos modelos conceituais à prática na análise da Implantação de Programas*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.

HARTZ, Z.M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, s.2, p. 331-336, 2004.

IBGE. *Censos Demográficos e Contagem Populacional*; para os anos intercensitários, estimativas preliminares dos totais populacionais, estratificadas por idade e sexo pelo MS/SE/Datasus. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poppe.def>> Acesso em 05 fev 2009.

JESUS, W. L A.; ASSIS, M. M. A.; Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, n.1, p.161-170, 2010.

KESSNER, D. M.; KALK, C. E.; SINGER, J. Assessing Health Quality – the Case for Tracers. *New England Journal of Medicine, Massachusetts*, v. 288, n. 4, p.189-194, 1978.

KUSHNIR, R. Organizando redes de serviços de saúde. In: PESSÔA L. R.; PINTO, L. F. *Curso de Aperfeiçoamento em gestão de investimentos e projetos em saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 96-111.

LESSA I. et al. Hipertensão arterial na população adulta de Salvador (BA) – Brasil. *Arquivos Brasileiro de Cardiologia*, Rio de Janeiro, v.87, p. 747-56, 2006.

LUZIO, C. A.; L'ABBATE, S. A reforma psiquiátrica brasileira: aspectos históricos e técnico-assistenciais das experiências de São Paulo, Santos e Campinas. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.10, n.20, p. 281-298, 2006.

MAEDA, S. T. *Gestão da referência e contra-referência na atenção ao ciclo grávido puerperal: a realidade do Distrito de Saúde do Butantã*. 2002. Tese. (Doutorado) -Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M.; OLIVEIRA, R. C. Concretizando a integralidade nos serviços de saúde: a aposta do SUS em Belo Horizonte. In: PINHEIRO, R.; FERLA, A. A.; MATTOS, R. A. (Orgs). *Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde*. Rio de Janeiro: EDUCS: IMS, UERJ, 2006. p. 51-64.

MANO, G. M. P.; PIERIN, A. M. G. Avaliação de pacientes hipertensos acompanhados pelo Programa Saúde da Família em um centro de saúde escola. *Acta Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.18, p. 269-75, 2005.

MALTA, D. C. et al. Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.2, p. 433-444, 2004.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. Direito, necessidades de saúde e integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. *Construção Social da Demanda – Direito à Saúde, Trabalho em Equipe, Participação e Espaços Públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC:UERJ:ABRASCO, 2005.

MATOS, E.; PIRES, D. Teorias administrativas e organização do trabalho: de Taylor aos dias atuais, influências no setor saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 15, n.3, p. 508-14, 2006.

MENDES, E. V. As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: _____. (Org.) *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1995.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente organizar o processo de trabalho na busca de qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. 1997. P.117-160.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde. In: CAMPOS, C. R. et al. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte Reescrevendo o Público*. São Paulo: Xamã, 1998. p.103-120.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. *Interface: comunicação, saúde, educação*, Botucatu, v.4, n.6 p.109-116, 2000.

MERHY, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002.

MERHY, E. E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: FRANCO, T. B. et al. (Org.) *Acolher Chapecó*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 21-45.

MERHY, E. E. O desafio que a educação permanente tem em si: a pedagogia da implicação. *Interface (Botucatu)*. 2005. v.9. n.16. p. 172-174.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C. O. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas: UNICAMP, 2003. Disponível em: <<http://www.hc.ufmg.br/gids/anexos/Integralidade.pdf>>. Acesso em 18 ago 2009.

MERHY, E. E.; CECÍLIO, L. C.; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecnoassistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 33, p.83-89, 1991.

MERHY E. E.; FRANCO, T. *PSF: contradições e novos desafios*. Palestra apresentada durante a 10^o Conferência Nacional de Saúde em Brasília, DF, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns.htm>>. Acesso em 29 abr 2010.

MINAYO M. C. S. *O desafio do Conhecimento, Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, 2000.

MINAYO, M. C. S. et al. Métodos, técnicas e relações em triangulação. In: MINAYO, M. C. S.; ASSIS, S. G.; SOUZA, E. R. (Org.) *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.71-103.

MINTZBERG, H. *Criando organizações eficazes: Estruturas em cinco configurações*. São Paulo: ATLAS, 1995.

PAIM, J. S. Políticas de descentralização e atenção primária à saúde. In: ROUQUAYROL, Z.; ALMEIDA, N. *Epidemiologia e saúde*. 5 ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 489-503.

PEDUZZI, M. Equipe Multiprofissional de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 35, n.1, p.103-109, 2001.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In: PINHEIRO, R.; BARROS, M. E. B.; MATTOS, R. A. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS, UERJ: CEPESC, ABRASCO, 2007. p.161-177.

PIRES, D. Organização do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M. T. (Org.). *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papa-Livros, 1999.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v.53, p.251-63, 2000.

RECIFE. Prefeitura. *Apoio Matricial: uma proposta em educação permanente para o cotidiano do DS VI*, Recife, 2009. Apresentação em powerpoint.

REIS, V.; DAVID, H. S. O fluxograma analisador nos estudos sobre o processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, Juiz de Fora, v.13, n.1, p.118-125, 2010. Disponível em: <<http://www.seer.ufjf.br/index.php/aps/article/view/488/303>>. Acesso em 28 Jun. 2010.

RIBEIRO, E.A.; PIRES, D.; BLANK, V.L.G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.438-446, 2004.

RIBEIRO, M. C. S. A.; BARATA, R. B.; ALMEIDA, M. F.; SILVA, Z. P. Perfil sociodemográfico e padrão de utilização de serviços de saúde para usuários e não-usuários do SUS - PNAD 2003. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.11, n.4, p. 1011-1022, 2006.

ROSA, T. E. C.; BERSUSA, A. A. S.; MONDINI, L.; SALDIVA, S. R. D. M.; NASCIMENTO, P. R.; VENANCIO, S. I. Integralidade da atenção às doenças cardiovasculares e diabetes mellitus: o papel da regionalização do Sistema Único de Saúde no estado de São Paulo. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, São Paulo, v.12, n.2, p.158-171, 2009.

SAMARA, R.; CARVALHO, M. F. S.; BALIERO, T.; SILVA, F. O.; NASCIMENTO, C. M. B.; MENDONÇA, S. S.; SPINELLI, V. B.; LYRA, A. P. P.; MENESES, A. E. T.; SOUZA, A. O.; RIBEIRO, F. A. L.; VILAÇA, S. P. O.; SARAIVA, J. B.; CASÉ, V. C.; QUEIROZ, M. P. Arranjo matricial e o desafio da interdisciplinaridade na atenção básica: a experiência do NASF em Camaragibe. *Divulgação em Saúde para Debate*, Rio de Janeiro, n.46, p.51-59, 2010.

SARAIVA, K. R. O. et al. Saber do familiar na adesão da pessoa hipertensa ao tratamento: análise com base na educação popular em saúde. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.16, p.263-70, 2007.

SCHRAIBER, L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (Org.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica*. São Paulo: Hucitec, 1996.

SILVA JUNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec 1998.

SIMONETTE, J. P.; BATISTA, L.; CARVALHO, L. R. Hábitos de saúde e fatores de risco em pacientes hipertensos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, v.10, p.415-22, 2002.

STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde. 2002.

STOTZ, E.N.. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito* (contribuição das Ciências Sociais para a fundamentação teórico-metodológica de conceitos operacionais da área de Planejamento em Saúde. 1991. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

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

TRAVASSOS, C. et al. Utilização dos serviços de saúde no Brasil: gênero, características familiares e condição social. *Revista Panamericana de Saúde Pública*, Washington, v.11, n.5, p. 365-373, 2002.

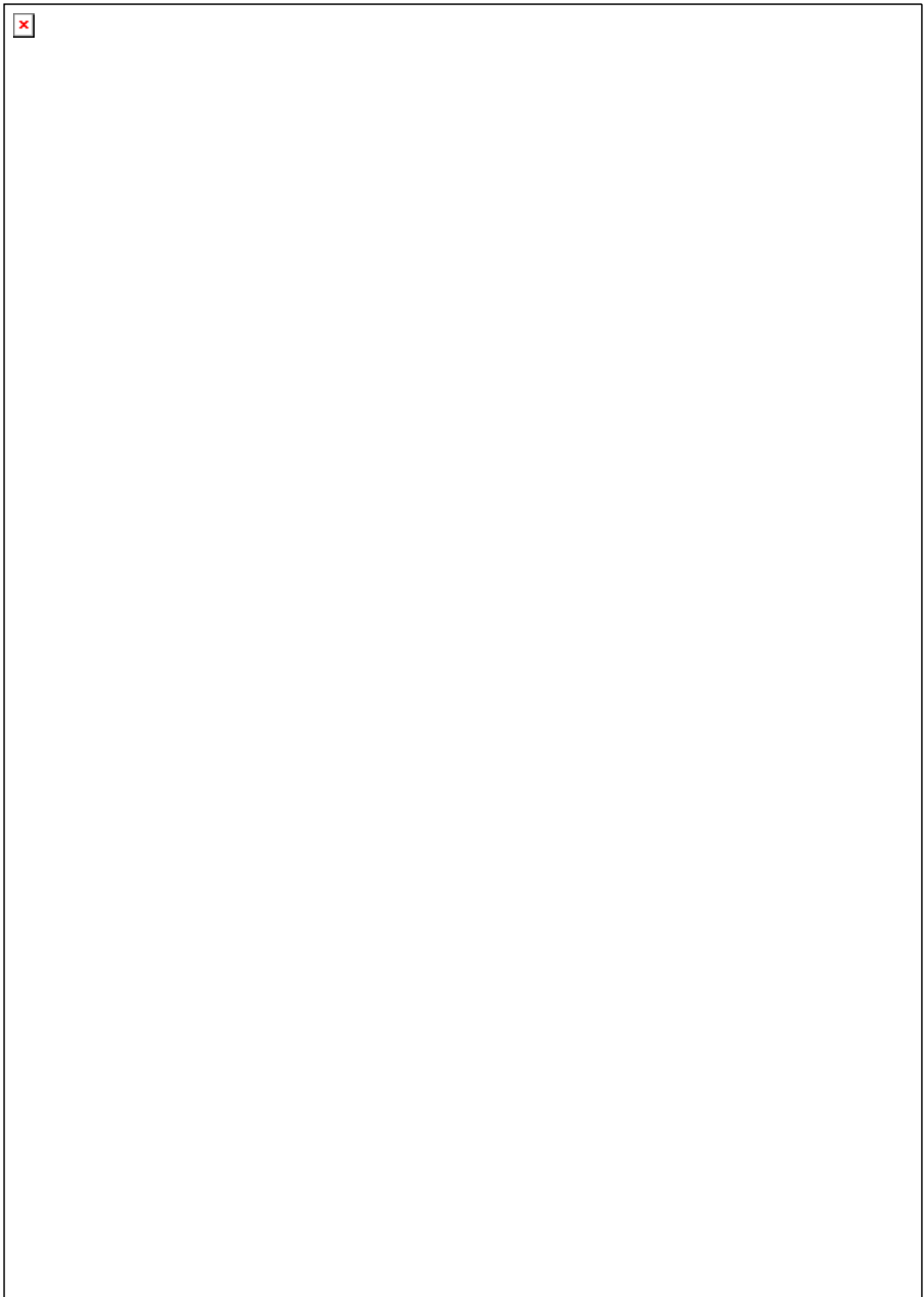
VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. *Physis*, Rio de Janeiro, v.15, p. 225-264, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000300011&script=sci_arttext&tIng=ES> Acesso em 20 jun 2010.

WESTPHAL, M. F. *Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vagem Grande Paulista*. 1992. Tese (Livre-Docência). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1992.

WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M.; FARIA, M. M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil. In: *Boletim da Oficina Sanitária do Panamá*, Panamá, v.120, n.6, p.472-482, 1996.

YIN, R.K. *Estudo de caso: planejamento e métodos*. 3 ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



APÊNDICE B - ROTEIRO PARA GRUPO FOCAL

1. Objetivo: construir o fluxograma analisador do processo de trabalho da ESF

Condição traçadora: cuidado ao paciente com hipertensão arterial

2. Objetivo: Conhecer a percepção da ESF sobre:
 - Oferta da ESF para pacientes com hipertensão.
 - Papel da Atenção Básica no cuidado ao paciente com hipertensão.
 - Relação da atenção básica com a atenção especializada
 - Critérios de encaminhamento para atenção especializada.
 - Sugestões para melhorar o cuidado na atenção básica.

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CPqAM



Comitê de Ética
em Pesquisa

Título do Projeto: O processo de trabalho em saúde e a demanda por assistência especializada na rede básica de saúde do Recife.

Pesquisador responsável: Fabiana de Oliveira Silva

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 18/09/09

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 59/09

Registro no CAAE: 0058.0.000.095-09

PARECER Nº 69/2009

O Comitê avaliou as modificações introduzidas e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 03 de dezembro de 2012. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 03 de dezembro de 2009.

Giselle Campozena Gouveia



Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 03/12/2010.

ANEXO B – CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA DO RECIFE



Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Fabiana de Oliveira Silva**, estudante do curso de mestrado profissional em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CPqAM / Fiocruz, a desenvolver pesquisa no Distrito Sanitário VI, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: “**O Processo de Trabalho em Saúde e a Demanda por Assistência Especializada na Rede Básica de Saúde do Recife**”.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 20 de novembro de 2009.

Carlos Sena
Diretor Geral de Gestão do Trabalho
Washington Cavalcanti
Gerente de Gestão de Pessoas
DGGT/SS Mat. 88.752-9