

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE PÚBLICA

JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS

INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A REDE
ASSISTENCIAL EM RECIFE/PE

RECIFE

2015

JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS

**INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A REDE
ASSISTENCIAL EM RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Orientador: Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior

RECIFE

2015

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

M537i Medeiros, Jéssica Mascena de.

Integração entre os Serviços de Atenção Domiciliar e a Rede Assistencial em Recife/PE. — Recife: [s.n.], 2015.
84 p.: il.

Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) - Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.
Orientador: Garibaldi Dantas Gurgel Junior.

.
1. Serviços de Assistência Domiciliar. 2. Assistência Integral à Saúde. 3. Integralidade em Saúde. I. Gurgel Junior, Garibaldi Dantas.
II. Título.

CDU 614.2

JÉSSICA MASCENA DE MEDEIROS

**INTEGRAÇÃO ENTRE OS SERVIÇOS DE ATENÇÃO DOMICILIAR E A REDE
ASSISTENCIAL EM RECIFE/PE**

Dissertação apresentada ao curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, para obtenção do grau de Mestre em Ciências.

Aprovado em 10 de abril de 2015.

BANCA EXAMINADORA

Dr. Garibaldi Dantas Gurgel Junior
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Kátia Rejane de Medeiros
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

Dra. Sydia Rosana de Araujo Oliveira
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ

AGRADECIMENTOS

À Deus, por me proporcionar a vida e a caminhada por ela.

À família, em especial mãe e irmãos, por todo o apoio e carinho hoje e sempre.

Aos velhos e novos amigos, pela imensa força e acolhimento, fundamentais nesta jornada.

A todos os professores que participaram do meu processo de aprendizado, pela paciência e dedicação.

Aos servidores e funcionários do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, pelo suporte e atenção dados.

Aos entrevistados desta pesquisa, por toda disponibilidade e receptividade.

“Cada novo conhecimento que se faz produz
desagregação e nova integração”

Hugo Hofmannsthal

MEDEIROS, Jéssica Mascena de. **Integração entre os Serviços de Atenção Domiciliar e a Rede Assistencial em Recife/PE**. 2015. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015

RESUMO

A mudança no perfil populacional tem gerado lacunas assistenciais e urgência na implementação de estratégias que as preencham, a exemplo dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), regulamentados no Brasil em 2011. Os SAD surgiram com caráter substitutivo ou complementar aos serviços já existentes e o desafio de garantir continuidade de cuidados à população de forma integrada às Redes de Atenção à Saúde (RAS), não sendo, entretanto, conhecidos os mecanismos empreendidos para tal. Assim, esta pesquisa objetiva analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração entre a rede assistencial e os SAD no município de Recife/PE. Trata-se de um estudo de caso de caráter qualitativo realizado a partir de análise documental, pesquisa em Bancos de Dados nacionais, registro em diário de campo e entrevistas semiestruturadas realizadas com gestores e gerentes da Secretaria Municipal de Saúde e posterior análise de conteúdo. Identificou-se oferta dos SAD a partir de convênio com instituições filantrópicas e financiamento advindo do governo federal com contrapartida municipal, estando implantado número inferior ao de equipes habilitadas e havendo divergências quanto às suas modalidades e cobertura populacional. Percebeu-se fragilidade de articulação entre os serviços, com fluxo abrangendo prioritariamente a atenção básica e descentralização da coordenação do acesso, controle sobre encaminhamentos, filas de espera e estratificação de risco. Observou-se regulação e controle de vagas dos SAD realizados à parte do sistema central do município, com reconhecimento de meios de participação ativa e autogestão dos usuários mas baixa formalização de serviços de referência. Conclui-se que os mecanismos de integração empregados abrangem os SAD de forma superficial, possivelmente influenciados por seu caráter recente e administração por rede complementar, e ressalta-se necessidade de intervenções voltadas à garantia da atenção integral.

Palavras-chave: Assistência Domiciliar; Assistência Integral à Saúde; Integralidade em Saúde.

MEDEIROS, Jéssica Mascena de. **Integration between the Home Care Services and Assistance Network in Recife / PE**. 2015. Dissertation (Academic Master in Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2015

ABSTRACT

The change in population profile has generated assistance gaps and urgency in implementing alternative strategies, like the Home Care Service (SAD), regulated in Brazil in 2011. The SAD came up with substitutive or complementary character to already existing services. The SAD has the challenge of ensuring continuity of care to the population in an integrated manner to the Health Care Networks, however, it is not known mechanisms undertaken to do so. Thus, this research aims to analyze the development of strategies and tools for integration of care network and the SAD in the city of Recife / PE. This is a qualitative case study from document analysis, national Databases research, with journaling field and semi-structured interviews with managers and administrators of the Municipal Health and subsequent analysis of content. It was identified supply of SAD from partnership with philanthropic organizations and arising federal government funding to municipal counterpart, being deployed less than the number of qualified teams; there is also disagreement between their modalities and population coverage. It was perceived weakness of coordination between the services, with priority flow covering primary care and decentralization of coordination of access, control over referrals, waiting lists and risk stratification. There was regulation and control spaces of the SAD to the central system of the municipality, with recognition of active participation and self-management means users, but low formalization of reference services. It follows that employees integration mechanisms cover the SAD superficially, possibly influenced by his recent character and administration by complementary network, and it emphasizes the need for interventions aimed at ensuring comprehensive care.

Keywords: Home Care; Comprehensive Health Care; Integrality in Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AD1	Atenção Domiciliar tipo 1
AD2	Atenção Domiciliar tipo 2
AD3	Atenção Domiciliar tipo 3
CHS	Carga Horária Semanal
CIB	Comissão Intergestores Bipartite
CIR	Comissão Intergestores Regional
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
EMAD	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	Estratégia Saúde da Família
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPI	Instituições de Longa Permanência de Idosos
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PPI	Programações Pactuadas Integradas
PPPs	Parcerias Público Privadas
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RISS	Redes Integradas de Serviços de Saúde
SAD	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMDU	Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS/MS	Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologias de Informação e Comunicação

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	JUSTIFICATIVA.....	15
3	OBJETIVOS.....	16
3.1	Objetivo geral.....	16
3.2	Objetivos específicos.....	16
4	MARCO TEÓRICO.....	17
4.1	Atenção domiciliar.....	17
4.2	Integralidade, integração e coordenação do cuidado.....	22
4.3	Redes Integradas de Serviços de Saúde.....	31
5	PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	35
5.1	Tipo e local de estudo.....	36
5.2	População do estudo.....	37
5.3	Coleta dos dados.....	38
5.4	Análise dos dados.....	41
6	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	42
7	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	43
7.1	Estrutura organizacional, administrativa e financeira.....	43
7.1.1	Pactos políticos e administrativos.....	43
7.1.2	Natureza jurídica e tipo de prestadores de serviços.....	47
7.1.3	Financiamento.....	48
7.1.4	Organização no território (capacidade instalada e cobertura).....	50
7.2	Organização de fluxo assistencial.....	53
7.2.1	Percurso e informação do usuário na Rede de Atenção à Saúde.....	53
7.2.2	Controle sobre encaminhamentos e filas de espera.....	58
7.2.3	Articulação dos SAD com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde...	60
7.3	Mecanismos de integração.....	62
7.3.1	Instrumentos para continuidade informacional.....	63
7.3.2	Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários.....	67
7.3.3	Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde.....	70

8	CONCLUSÃO.....	76
	REFERÊNCIAS.....	77
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	83

1 INTRODUÇÃO

A mudança no perfil populacional decorrente do aumento na proporção de idosos, bem como da maior sobrevivência de pacientes com doenças crônico-degenerativas e de causas externas, tem como consequência o crescimento no contingente de pessoas com incapacidades funcionais. Essa realidade tem chamado a atenção para a urgência na implementação e análise de novas estratégias que preencham as lacunas assistenciais existentes nos cuidados à saúde desta população, sem sobrecarregar os serviços da Rede Assistencial.

Apresenta-se como um fenômeno recente o rápido crescimento da população global, que levou 1600 anos para dobrar de 300 para 600 milhões de pessoas, mas apenas 50 anos, a partir de 1950, para ter uma população estimada de duas vezes e meia maior, com 6,1 bilhões de habitantes. Este processo foi acelerado pela grande redução da mortalidade em áreas menos desenvolvidas. Em paralelo a tal crescimento, houve um aumento na média da expectativa de vida, que passou de cerca de 48 a 68 anos entre o início da década de 1950 e a primeira década do novo século. A proporção de idosos, que era de 8% em 1950, passou para 10% em 2000 e tende a atingir 21% em 2050, com o número de idosos ultrapassando o de jovens pela primeira vez na história. Surge então um envelhecimento generalizado, duradouro e sem precedentes da população mundial, afetando todas as nações em algum grau (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011; NAÇÕES UNIDAS, 2002).

No Brasil, os processos de transição demográfica e envelhecimento populacional tiveram início entre as décadas de 50 e 60, com a queda da mortalidade, seguida por uma redução acentuada nos indicadores de natalidade, fecundidade e mortalidade a partir de 1970. Passou-se rapidamente de uma estrutura etária muito jovem entre as décadas de 50 e 60 para outra envelhecida ou em processo acelerado de envelhecimento em 2010, com a população brasileira a partir de 60 anos crescendo nesse período de 4,0 a 5,0% para 10,8% do total e podendo chegar em 2050 a 23,6%. Este processo foi iniciado pelas regiões Sudeste e Sul e posteriormente se espalhou para o restante do país (LEBRÃO, 2007; QUEIROZ; RUIZ; FERREIRA, 2009; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

A mudança no perfil epidemiológico destaca-se também nesse quadro, com a redução da mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias e o aumento em doenças de caráter crônico-degenerativo, que tendem a determinar comprometimento físico e cognitivo do indivíduo (FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS, 2011; QUEIROZ; RUIZ; FERREIRA, 2009; VASCONCELOS; GOMES, 2012).

De acordo com Schramm *et al.* (2004), o processo de transição epidemiológica envolve três mudanças: a substituição das doenças transmissíveis pelas não-transmissíveis e de causas externas; o deslocamento da carga de morbimortalidade dos grupos mais jovens para os mais idosos; e uma situação de dominância da morbidade sobre a mortalidade. Para Mendes (2011), nos países em desenvolvimento, condições crônicas, causas externas e doenças infecciosas convivem simultaneamente, formando um mosaico epidemiológico denominado dupla ou tripla carga de doenças. Considerando-se a transição demográfica acelerada nesses países, há perspectiva de crescimento das condições crônicas. Nesse sentido, a Organização Pan-Americana de Saúde (2012) corrobora, afirmando que há previsão de aumento de óbitos por doenças não transmissíveis nos próximos 10 anos. Afirmam ainda que 80% das mortes causadas atualmente por tais doenças são registradas em países de baixa ou média renda e cerca de 16 milhões correspondem a sujeitos com menos de 70 anos.

A Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (SVS/MS) do Brasil aponta grande morbimortalidade relacionada às violências e aos acidentes de trânsito entre jovens de até 40 anos e alta morbimortalidade relacionada às doenças que envolvem o aparelho circulatório em indivíduos acima de 40 anos. Tais acometimentos estão associados a alto custo socioeconômico e podem levar à mortalidade precoce e surgimento de sequelas decorrentes, devendo-se considerar ainda o sofrimento enfrentado pelos sujeitos acometidos e seus familiares (BRASIL, 2013a).

Os cenários demográfico e epidemiológico apresentados são reconhecidos como grande desafio nos países em que a longevidade é alta e a população jovem está diminuindo, com implicações nos setores econômico, social e político. No setor saúde, em especial, a viabilidade das atuais modalidades formais e informais de atenção é afetada, sendo necessária superação das barreiras sociais, econômicas, comportamentais e físicas de acesso ao crescente número de pessoas com incapacidades e deficiências aos serviços de saúde.

Nesse contexto, Mendes (2011) destaca a existência atual de um descompasso entre uma situação de domínio das condições crônicas com sistemas de atenção à saúde estruturados, prioritariamente, para atender às condições agudas ou aos momentos de agudização das condições crônicas, de maneira fragmentada. O autor aponta este como principal problema contemporâneo dos sistemas de atenção à saúde em todo o mundo, incluindo o cenário encontrado no Brasil. Conforme afirma Quaresma (2008), é importante a adequação das políticas públicas à transformação social corrente. Com isso, Queiroz, Ruiz e Ferreira (2009) destacam a necessidade cada vez maior de se investir em programas e projetos

que contemplem os diferentes aspectos da saúde da população idosa e a qualidade dos serviços prestados, atentando também para o custo frequentemente alto associado à reabilitação de sua saúde.

A Atenção Domiciliar ganha destaque dentro deste enfoque no Brasil, com esta modalidade cada vez mais presente em políticas públicas de saúde e assistência social, estratégias de gestão e práticas de saúde como um todo. Esse processo culminou com o desenvolvimento da atual Política Nacional de Atenção Domiciliar a partir do estabelecimento de normas para o cadastro e funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) pelo Ministério de Saúde, em 2011, vinculados ao Programa Melhor em Casa.

Através da publicação da Portaria nº 2.527, em 27 de outubro de 2011, reformulada pela Portaria nº 963/GM/MS em 2013, foi redefinida a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e disponibilizado aos municípios financiamento direto do governo federal para implantação dos SAD. Tais serviços são adscritos ao território a partir do número de habitantes do município e trazem a necessidade de sua integração com os demais componentes previamente existentes da rede assistencial (BRASIL, 2013b)

A integração, conforme Leatt, Pink e Guerriere (2000), envolve coordenação dos serviços de saúde e colaboração entre suas organizações prestadoras para criar um sistema de saúde autêntico. Para estes autores, a interação dos serviços de saúde é um atributo inerente às reformas das políticas públicas fundamentadas na Atenção Primária à Saúde. Hartz e Contandriopoulos (2004) acrescentam que o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços através das redes de assistência e o reconhecimento da interdependência entre atores e organizações, reconhecendo que nenhum deles apresenta por completo os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população.

Para Giovanella (2011), a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados objetiva proporcionar uma atenção com menos gastos, mais qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos. Nesse sentido, Lopes *et al.* (2013) consideram que a assistência domiciliar é vista hoje como eixo integrador e ampliador na rede de saúde, confirmando o período transitório do modelo assistencial, antes compreendido como um modelo hierárquico e centralizador e se apresentando agora em uma rede integrada e descentralizadora em serviços de saúde.

Segundo Almeida *et al.* (2010), a capacidade dos sistemas de saúde em prestar cuidados mais coordenados pode ser otimizada pela implantação de mecanismos de

integração na rede assistencial. Wodchis, Williams e Mery (2014) afirmam que na Dinamarca os mecanismos de integração foram incorporados firmemente dentro do seu sistema de cuidado já estabelecido, enquanto em outros países tais iniciativas têm ocorrido de forma pontual. No Brasil, conforme Conill (2007), as principais estratégias para integração estão relacionadas à territorialização dos serviços e adscrição de clientela, informatização das histórias clínicas, formação de centrais de marcação de consultas, equipes de apoio à Atenção Primária à Saúde formadas por especialistas, criação de redes com gestão regional e/ou municipal, entre outras.

Vale ressaltar que a existência de mecanismos interligando toda a rede de serviços é considerado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) um atributo essencial para que haja integração entre seus componentes nos diferentes níveis de atenção. Dessa forma, a rede deve permitir que os usuários realizem seu percurso entre os serviços de forma contínua, tendo acesso a recursos das mais diversas complexidades técnicas, densidades tecnológicas ou nível de especialização conforme sua necessidade e com acesso a partir da atenção primária (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Um aspecto relevante na composição de uma rede é a natureza jurídica de seus componentes. Conforme Carneiro Júnior e Elias (2003), em se tratando da assistência à saúde no Brasil, há uma dependência histórica de incentivos do Estado por parte de instituições filantrópicas e beneficentes. Entretanto, os autores destacam a fragilidade e heterogeneidade do terceiro setor como fator de preocupação em face à implementação das diretrizes de reforma do Estado, tendo em vista o papel de regulação a ser prestado por este e de prestação de serviços por aquelas.

No Estado de Pernambuco, Santos *et al.* (2014) afirmam que se tem realizado mudanças compatíveis com as nacionais, com maior número de parcerias entre os setores público e privado na administração de serviços públicos de saúde. Isto reflete diretamente sobre o número e tipo de vínculo profissional e financiamento. Nesta situação se enquadram os SAD na cidade do Recife, trazendo possíveis repercussões na sua coordenação e integração com a Rede de Atenção à Saúde.

Com base no exposto e considerando a necessidade de pesquisas direcionadas às novas estratégias no âmbito da saúde voltadas para o cuidado do perfil populacional atual e sua integração com a Rede de Atenção à Saúde, o presente estudo possui como pergunta de investigação: Como estão sendo desenvolvidos estratégias e instrumentos de integração entre a rede assistencial e os SAD no município de Recife/PE?

2 JUSTIFICATIVA

A pessoa idosa, assim como outras parcelas populacionais com dependência funcional crônica, muito presentes no discurso político e científico, “relevam de categorias estatísticas que derivam para categorias sociais, tendencialmente homogeneizantes”, como afirma Quaresma (2008), o que traz carência de maior suporte aos seus cuidados de saúde.

Entretanto, a forma como os serviços de saúde estão atualmente estruturados não atende às necessidades contínuas de tais usuários, tendo em vista o foco em gestão de doenças individuais e eventos agudos, incluindo exacerbações de doenças crônicas (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014).

Os SAD vêm se desdobrando como um importante recurso para o SUS nesse sentido, sendo útil no suprimento da crescente demanda de atendimento prolongado à pessoa idosa, bem como a usuários com dificuldade de locomoção e/ou transporte e, portanto, dificuldade de acesso aos serviços de saúde.

Entretanto, conforme Silva *et al.* (2010), há escassez de registro e sistematização de serviços da atenção domiciliar, tanto públicos quanto privados, sendo conhecidas apenas experiências com maior tempo de funcionamento ou consideradas exitosas. Além disso, se tratando os SAD de uma iniciativa recente, não são bem conhecidas sua conformação organizacional, administrativa e financeira nos diferentes cenários do país, bem como a organização de fluxo assistencial e os mecanismos de integração empreendidos entre estes e os principais componentes com que se articula na rede assistencial (LOPES *et al.*, 2013; SENA *et al.*, 2015).

A análise do desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração empreendidos atualmente pela gestão municipal de saúde de Recife/PE entre a rede assistencial e os SAD contribui com a observação da capacidade de resposta e adaptação do sistema de saúde às novas abordagens voltadas às necessidades da população. Isso proporciona um *feedback* aos gestores acerca da eficiência e eficácia de suas decisões e possibilita o planejamento de intervenções mais resolutivas ou ajustes e aprimoramento nas já existentes.

3 OBJETIVOS

3.1. Objetivo geral

Analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração entre a rede assistencial e os Serviços de Atenção Domiciliar no município de Recife/PE.

3.2. Objetivos específicos

- a) Descrever a estrutura organizacional, administrativa e financeira dos SAD e sua relação na rede de atenção à saúde;
- b) Identificar e analisar a organização de fluxo assistencial entre os SAD e os principais componentes com que se relaciona na rede assistencial;
- c) Avaliar o estabelecimento de mecanismos de integração entre os SAD e a rede de serviços de saúde.

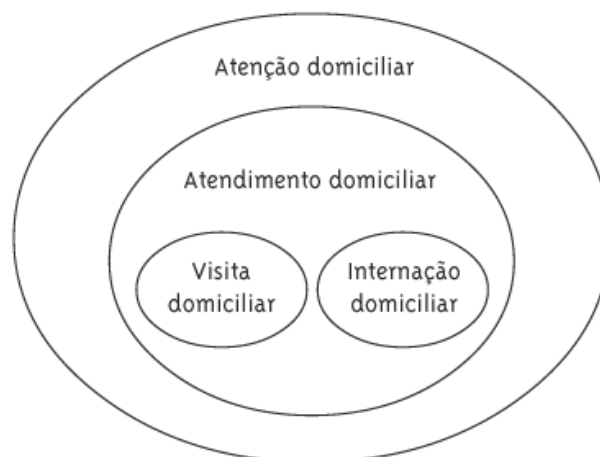
4 MARCO TEÓRICO

4.1 Atenção domiciliar

Novas práticas e estratégias para o cuidado em saúde têm se fortalecido com a mudança das principais necessidades de saúde da população, como as que decorrem do envelhecimento e maior incidência de doenças crônicas. Nesta perspectiva, conforme Silva *et al.* (2010), espaços de atenção não tradicionais, como serviços de atendimento domiciliar e de cuidados paliativos domiciliares, têm surgido e se ampliado, buscando melhor qualidade da atenção e cuidados integrais e contínuos.

O cuidado em domicílio pode ocorrer a partir de diferentes modalidades, cada qual com diferentes designações e abordagens. Lacerda *et al.* (2006) propõe a divisão da atenção domiciliar à saúde em quatro modalidades: atenção domiciliar, atendimento domiciliar, internação domiciliar e visita domiciliar. Os autores trazem a atenção domiciliar como modalidade mais abrangente, que abarca os conceitos de atendimento domiciliar, visita e internação domiciliares, dados como complementares e interdependentes (Figura 1).

Figura 1 - Relação entre a atenção domiciliar e suas modalidades.



Fonte - Lacerda *et al.* (2006).

A atenção domiciliar é definida pela Anvisa, conforme Brasil (2006), como “termo genérico que envolve ações de promoção à saúde, prevenção, tratamento de doenças e reabilitação desenvolvidas em domicílio”. Lacerda *et al.* (2006) destacam-na como atividade que visa ao estabelecimento da saúde como um todo e envolve: equipe multiprofissional da

saúde, usuário e familiares ou cuidadores. Já Mazza (2004), com vista ao texto da Conferência de Alma Ata, considera atenção domiciliar como “um dos meios de se obter do indivíduo, da família e da comunidade sua participação no planejamento, organização, operação e controle desses cuidados fazendo uso dos recursos locais disponíveis”.

Acerca do atendimento domiciliar, é trazido como sinônimo de assistência domiciliar ou cuidado domiciliar por Lacerda *et al.* (2006) e definido pela Anvisa, conforme Brasil (2006), como um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio. Lacerda *et al.* (2006) destaca ainda que o atendimento domiciliar pode ser compreendido como *Home Care* em outros países. Um exemplo ocorre no sistema de saúde canadense, onde objetiva o tratamento de alta qualidade, no domicílio ou comunidade, a indivíduos que necessitem de cuidados em circunstâncias agudas ou crônicas de saúde, destacando ainda a importância do cuidado aos seus familiares. Outro exemplo é trazido por Ryu, Na e Koabyashi (2004), a respeito da Coreia, onde o *Home Care* assumiu um papel importante no sistema de saúde nacional a partir do ano 2000. Neste país, o atendimento domiciliar está embasado no setor público e em ações junto à família e à comunidade, voltadas a pacientes com doenças crônicas e de longo tratamento.

Quanto à internação domiciliar, Tavolari, Fernandes e Medina (2000) a comparam com uma modalidade de “hospital em casa”. Dessa forma, para os autores, a mesma refere-se ao cuidado intensivo e multiprofissional em casa, envolvendo ações de saúde que requerem o deslocamento de parte da estrutura hospitalar ao domicílio e voltada a usuários com complexidade moderada ou alta. Lacerda *et al.* (2006) acrescentam que esta é a mais específica modalidade da atenção domiciliar à saúde, envolvendo a presença contínua de profissionais no domicílio e correspondendo a uma forma de se operacionalizar o atendimento domiciliar, que utiliza a visita domiciliar como estratégia de realização.

Por fim, a visita domiciliar é trazida por Lacerda *et al.* (2006) como uma modalidade de caráter mais pontual, em que os profissionais terão maior contato e observarão a realidade do paciente em seu domicílio, incluindo desde estrutura física e material até relações pessoais intrafamiliares. De acordo com Murashima *et al.* (2002), no Japão tal modalidade é realizada por enfermeiras, que dão orientações sobre atividades de vida diária e cuidado pessoal a pacientes idosos, terminais, portadores de doenças mentais ou que necessitam de cuidados especiais ou tecnologia avançada e seus familiares.

Para Feuerwerker e Merhy (2008), a atenção domiciliar surgiu nos Estados Unidos como uma extensão do cuidado hospitalar, em 1947, com a intenção de acelerar o processo de

alta no Hospital de Montefiore e ganhando maior força no país em decorrência da AIDS, a partir da década de 80. Silva et al. (2010) destacam que iniciativas como a citada acima em geral são direcionadas a grupos de usuários com determinadas patologias e se destinam à desospitalização, diminuição de custos, prevenção de riscos e humanização da assistência.

O início da década de 90 marcou uma tendência mundial, incluindo o Brasil, de crescimento da atenção domiciliar a partir da organização do serviço sob a forma de *Home Care*, gerenciado principalmente por empresas de caráter privado ou grandes centros de saúde. Com a multiplicação dos serviços surgiu a necessidade de regulamentação de seu funcionamento e implantação de políticas públicas que incorporem sua oferta, institucionalizando-os nos sistemas públicos de saúde (FEUERWERKER; MERHY, 2008; SILVA *et al.*, 2010).

Acerca das políticas públicas, seu campo de conhecimento no Brasil teve início efetivo de estudo entre o final dos anos 1970 e os anos 1980, registrando nas últimas décadas um ressurgimento em importância. Depois de desenhadas e formuladas, tais políticas originam planos, programas, projetos, Bancos de Dados nacionais ou sistemas de informação que devem ser submetidos a sistemas de acompanhamento e avaliação. Dentre seus elementos principais, a política pública: permite distinguir entre o que o governo pretende fazer e o que, de fato, faz; envolve vários atores e níveis de decisão, embora materializada nos governos, e nem sempre se restringe a participantes formais; é abrangente e não se limita a leis e regras; é uma ação intencional, com objetivos a serem alcançados; tem seus estudos focalizados em processos, atores e construção de regras (HOCHMAN; ARRETCHE; MARQUES, 2007).

A política pública diretamente voltada à assistência domiciliar no Brasil atualmente é a Política Nacional de Atenção Domiciliar. No setor público, Feuerwerker e Merhy (2008) citam o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), criado em 1949, como primeiro registro organizado de atenção domiciliar no Brasil. Rehem e Trad (2005), dão continuidade ao histórico, relatando a implantação da internação domiciliar após alta do hospital e realizada pela própria equipe hospitalar, com a publicação pelo Ministério da Saúde, em 1988, da Portaria GM/MS nº 2.416, de 23 de março. Posteriormente, referem que foi promulgada a lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, acrescentando-se o atendimento e a internação domiciliar no SUS à Lei Orgânica da Saúde. No dia seguinte, conforme os autores, a Assistência Domiciliar foi estabelecida como modalidade assistencial a ser desenvolvida pelo Centro de Referência em Assistência à Saúde do Idoso, por meio da Portaria SAS/MS nº

249, enfatizando-se a aproximação entre as esferas de baixa, média e alta densidades tecnológicas na assistência domiciliar.

Já em 2006, a ANVISA publicou a Resolução da Diretoria Colegiada nº 11, de 26 de janeiro, dispondo sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam Atenção Domiciliar independente de seu caráter público ou privado. Também em 2006, o Ministério da Saúde publicou a Portaria nº 2.529, de 19 de outubro, instituindo a Internação Domiciliar no âmbito do SUS e estabelecendo critérios de inclusão e desligamento dos pacientes a esse serviço (FIGUEIREDO, 2010).

Mais recentemente, em 2011, o Ministério de Saúde retomou o tema da Atenção Domiciliar com o Programa Melhor em Casa e a publicação da Portaria nº 2.527, em 27 de outubro, reformulada pela nº 963/GM/MS em 2013. Estas Portarias redefiniram a Atenção Domiciliar no âmbito do SUS por meio de: estabelecimento de normas para o cadastro dos SAD; habilitação dos estabelecimentos de saúde onde estarão alocados; e atribuição de valores de incentivo para o seu funcionamento, regulamentando os SAD em todo o país (BRASIL, 2011a, 2013b).

Esse novo panorama nacional da Atenção Domiciliar veio reorganizar o processo de trabalho das equipes de atenção domiciliar nas três esferas da atenção. Com isso, trouxe consigo muitas vantagens ao funcionamento geral do sistema, possibilitando, entre outras coisas, redução da demanda hospitalar e do tempo de internação, desinstitucionalização, maior humanização do serviço e autonomia aos usuários (BRASIL, 2013b).

É importante ressaltar que o Ministério da Saúde define como SAD o serviço “substitutivo ou complementar à internação hospitalar ou ao atendimento ambulatorial, responsável pelo gerenciamento e operacionalização das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP)”. Já Atenção Domiciliar é definida como:

Nova modalidade de atenção à saúde, substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às redes de atenção à saúde (BRASIL, 2013b).

Conforme Brasil (2013b), as EMAD e EMAP correspondem às equipes de atenção domiciliar que constituem o SAD, variando conforme periodicidade de visita dos

profissionais, composição e Carga Horária Semanal (CHS), de acordo com o número de habitantes do município. Quanto à periodicidade de visitas domiciliares, a EMAD deverá realizar visitas regulares, no mínimo, uma vez por semana, enquanto a EMAP deverá realizar visitas por meio de critério clínico, quando solicitado pela EMAD. A EMAD podem ser do Tipo 1 ou 2 e sua composição e CHS mínimas estão especificadas no quadro a seguir:

Quadro 1 - Composição e Carga Horária Semanal mínimas das EMAD tipo 1 e 2.

EMAD tipo 1		EMAD tipo 2	
Composição mínima	Somatório de CHS mínimo (horas de trabalho)	Composição mínima	Somatório de CHS mínimo (horas de trabalho)
Profissionais médicos	40	Profissional médico	20
Profissionais enfermeiros	40	Profissional enfermeiro	30
Profissional fisioterapeuta e/ou assistente social	30	Um fisioterapeuta e/ou um assistente social	30
Auxiliares/técnicos de enfermagem	120	Auxiliares/técnicos de enfermagem	120

Fonte - Adaptado de Brasil (2013b).

Vale salientar que a EMAD corresponde a pré-requisito para constituição de um SAD e somente com sua existência prévia é possível a implantação de uma EMAP, sendo que todos os Municípios, com sua implantação, poderão implantar também uma EMAP e a cada três EMAD a mais implantadas é possível a implantação de mais uma EMAP. Esta última terá composição mínima de três profissionais, cuja soma das CHS acumularão, no mínimo, noventa horas de trabalho. Estes profissionais devem estar entre as seguintes ocupações: assistente social; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; nutricionista; odontólogo; psicólogo; farmacêutico; e terapeuta ocupacional (BRASIL, 2013b).

Conforme a Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013, a atenção domiciliar é organizada ainda em três modalidades, de menor a maior complexidade, conforme características do quadro de saúde do usuário e frequência necessária de atendimento: Atenção Domiciliar tipo 1 (AD1), Atenção Domiciliar tipo 2 (AD2) e Atenção Domiciliar tipo 3 (AD3). A primeira é de responsabilidade das equipes de atenção básica, com apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e ambulatórios de especialidades e reabilitação, enquanto as demais são de responsabilidade das EMAD e EMAP. Dessa forma, as modalidades AD2 e AD3 são destinadas aos usuários com dificuldade ou impossibilidade

física de locomoção até uma unidade de saúde e que necessitem de maior frequência de cuidado, recursos de saúde e acompanhamento contínuo, podendo ser oriundos de diferentes serviços da rede de atenção. Em ambas, é garantido, caso necessário, transporte sanitário e retaguarda para as unidades assistenciais de funcionamento vinte e quatro horas ao dia, definidas previamente como referência para o usuário. O que diferencia estas duas modalidades é a necessidade dos seguintes equipamentos ou procedimentos de maior complexidade na AD3: Suporte Ventilatório não invasivo; diálise peritoneal; ou paracentese (BRASIL, 2013b).

Um dos aspectos inovadores da atenção domiciliar envolve a possibilidade de ampliação da visão do cuidado prestado através da maior inserção das equipes no cotidiano dos usuários, cuidadores e familiares. Dessa forma é construído um novo ambiente de cuidado que envolve aspectos biológicos, valores e crenças, permitindo que se configurem novas formas de planejamento de projetos terapêuticos, em que os usuários e a rede social em que estão inseridos tenham sua autonomia ampliada e retomem a centralidade na produção do cuidado, antes restrita aos profissionais de saúde (Silva *et al.* 2010).

Entretanto, Silva *et al.* (2010) destacam que a implementação da atenção domiciliar e seu caráter inovador vêm acompanhados da necessidade de ponderação sobre alguns aspectos fundamentais sobre as concepções de saúde que envolvem a organização de suas práticas. Entre os elementos listados pelos autores estão a racionalidade econômico-financeira, a integralidade do cuidado e a articulação dos serviços domiciliares com os demais serviços de saúde, destacando que são fundamentais a definição da organização política da atenção domiciliar e a construção de relações articuladas e cooperativas entre os diferentes equipamentos de saúde. Este ponto leva aos dois próximos tópicos desta pesquisa.

4.2 Integralidade, integração e coordenação do cuidado

O envelhecimento da população acrescido ao aumento na incidência de doenças crônicas e degenerativas e suas comorbidades trouxeram a urgência de uma maior integração, abrangência e continuidade nas respostas dadas pelos sistemas de saúde.

Na América, principalmente América Latina, os sistemas de saúde caracterizam-se pela fragmentação e segmentação dos seus serviços, dificultando a constituição de redes integradas. Tal fragmentação torna-se evidente de diferentes formas de acordo com os diferentes níveis dos sistemas de saúde. Pode ser percebida, por exemplo, na falta de

coordenação entre os níveis e locais de atendimento, na dificuldade de acesso aos serviços, na insuficiência ou duplicação de serviços e infraestrutura, na perda de continuidade de cuidados ou na prestação de serviços em local menos adequado para determinado caso, principalmente em hospitais. Esses fatores, quando agravados, levam à oferta de serviços de má qualidade, baixa satisfação dos usuários e uso irracional e ineficiente de recursos, gerando ainda aumento no custo de produção (CONILL, 2007; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

A magnitude e as principais causas da fragmentação são distintas conforme o contexto em que ela se apresenta. A nível regional, destacam-se como causas: o modelo de atenção centrado na doença e na atenção hospitalar, com predominância de programas voltados para patologias específicas; a segmentação institucional do sistema de saúde e capacidade deficiente de direção da autoridade de saúde; a descentralização dos serviços de saúde, com grande separação deles a partir da prestação de cuidados individuais; os riscos e populações não integrados ao sistema de saúde; as dificuldades quanto aos recursos, seja em quantidade, qualidade ou alocação; e as práticas de financiamento que promovem programas verticais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2011).

Em contrapartida à fragmentação e seus efeitos, têm crescido no mundo a implementação de modelos de cuidado integrado. Embora qualquer coordenação entre provedores de saúde seja positiva para a prestação de cuidados eficientes e eficazes, ela é particularmente valiosa para os usuários que fazem uso frequente dos serviços de saúde e têm muitos prestadores de saúde e assistência social cuidando de suas necessidades. Dessa forma, a atenção integrada é voltada principalmente para a atenção de usuários com necessidades complexas, múltiplas e crônicas e comprometimentos funcionais concomitantes (WODCHIS; WILLIAMS; MERY, 2014).

A implementação da Atenção Domiciliar vem acompanhada da necessidade de ponderação sobre aspectos fundamentais das concepções de saúde e da conseqüente organização de suas práticas (SILVA *et al.*, 2010). Entre tais elementos estão: a integralidade; a integração dos serviços domiciliares com os demais, compondo a rede de atenção à saúde; e a coordenação entre diferentes níveis de cuidado. Estas apresentam-se como questões complementares com enfoques e nuances diferenciados.

Integralidade é um termo utilizado para designar um dos princípios do SUS, ganhando diferentes enfoques ao longo do tempo. A partir da luta pela reforma sanitária brasileira, três conjuntos de sentidos são destacados por Mattos (2001): um primeiro, envolvendo atributos

das práticas dos profissionais de saúde; um segundo, acerca de aspectos organizativos dos serviços de saúde; e um terceiro, relativo às características de políticas de saúde ou abrangência das respostas governamentais e articulação de ações preventivas e assistenciais. Neste trabalho é dado destaque ao segundo conjunto de sentidos, embora sejam tangenciados aspectos dos demais.

Conforme Hartz e Contandriopoulos (2004), o conceito de integralidade remete ao de integração de serviços através das redes de assistência e o reconhecimento da interdependência entre atores e organizações, reconhecendo que nenhum deles apresenta por completo os recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população. Para Giovanella (2011), a organização de sistemas de serviços de saúde mais integrados objetiva proporcionar uma atenção com menos gastos, mais qualidade e mais direcionada a responder a agravos crônicos.

Wodchis, Williams e Mery (2014) ressaltam que uma característica comum das abordagens de integração existentes é a procura pela melhoria na qualidade do atendimento, garantindo que os serviços ofereçam o que as pessoas necessitam. Com isso, são quase unânimes, entre tais programas, resultados positivos quanto à melhora da satisfação final do usuário e à redução da utilização de instalações hospitalares, além do potencial de minimizar custos e eventos adversos e de aumentar a eficiência do sistema. A seguir, foram elencadas as definições e classificações desse objeto consideradas no desenvolvimento deste trabalho.

Primeiramente se tem a definição trazida por Hartz e Contandriopoulos (2004), que traz a integração dos cuidados como “coordenação durável das práticas clínicas”, voltada a um sujeito com necessidades de saúde e com o objetivo de “assegurar a continuidade e a globalidade dos serviços requeridos de diferentes profissionais e organizações, articuladas no tempo e no espaço, conforme os conhecimentos disponíveis”. Wodchis, Williams e Mery (2014), acrescentam o caráter individual em que cada usuário com necessidades complexas de cuidado irá receber uma experiência de cuidado coordenado correspondente às suas necessidades a nível clínico.

Wodchis, Williams e Mery (2014) consideram ainda que as iniciativas integradoras podem estar voltadas a condições particulares (como uma patologia específica), a um momento de transição (como a alta hospitalar), ou podem envolver várias camadas do sistema, sendo esta última a abordagem observada neste trabalho. Os autores destacam como essência da atenção integrada sua função de ligar os pontos ativos de prestação do cuidado, havendo para tanto fundamentalmente três componentes: colaboração intencional entre os

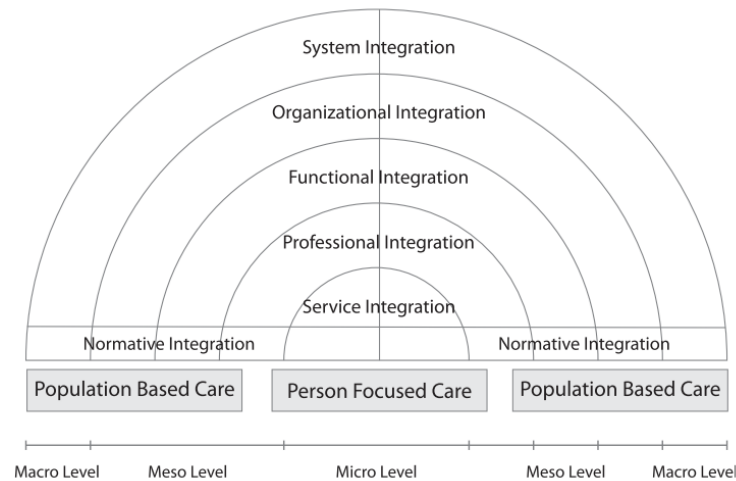
prestadores de cuidados, que compartilham a assistência aos pacientes e responsabilidade no cuidado em um trabalho baseado em equipe; coordenação ou gestão ativa do cuidado para os indivíduos; e adesão a um plano de assistência comum, compartilhado entre os profissionais de saúde, os pacientes e seus cuidadores.

As informações trazidas até então sobre integração remetem à coordenação entre diferentes níveis de cuidado à saúde, definida por Núñez, Lorenzo e Naverrete (2006) como a articulação entre serviços e ações de saúde relacionados à determinada intervenção de forma sincronizada e em busca de um mesmo objetivo, independentemente do local onde sejam prestados. Tal coordenação pode ser potencializada a partir de processo de reforma em quatro campos, identificados por Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007) como: uso das Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e melhoria na coleta e divulgação das informações sobre pacientes e prestadores; adaptações na atenção básica para suprir a demanda trazida pelas doenças crônicas; revisão da alocação de recursos a nível ambulatorial, com o deslocamento crescente de procedimentos a nível terciário para este nível; quebra das barreiras que dificultam o trânsito no sistema de saúde a partir da integração entre os níveis assistenciais e relação entre prestadores.

Há na literatura uma considerável variedade de modelos, dimensões, conceitos, tipos, graus, processos, níveis, amplitudes e elementos constitutivos da atenção integrada, em geral definidos de forma abrangente. Segundo Nolte e Mckee (2008), isto pode ser decorrente da natureza polimórfica desse conceito, tendo em vista sua aplicabilidade a partir de diversas perspectivas disciplinares ou profissionais e associado a diversos objetos. A seguir serão descritos três deste modelos.

O primeiro modelo é dado por Wodchis, Williams e Mery (2014), que apresentam um esquema, conforme Figura 2, com as principais abordagens utilizadas para descrever integração, incluindo: tipos (de serviço, profissional, funcional, organizacional, e de sistema), amplitude (vertical e horizontal), nível (macro (sistema), meso (organizacional, profissional) e micro (serviço e pessoal)), grau (de articulação à plena integração) e processo (“bottom-up” clínico, cultural e social, ou “top-down” estrutural e sistêmico).

Figura 2 - Características do cuidado integrado.



Fonte - Wodchis, Williams e Mery (2014).

Os autores acima acreditam que um sistema de saúde totalmente integrado deveria abranger a totalidade dos componentes da Figura 2, compreendendo assim todos os provedores de serviços e usuários, o que não teria correspondente em realidade a nenhum sistema atualmente.

Uma classificação mais aprofundada é dada por Kodner e Spreewenberg (2002) e citada por Klauw *et al.* (2014). Nesta abordagem, os autores consideram o cuidado integrado como “um conjunto coerente de métodos e modelos relativos aos níveis de financiamento, administrativo, organizacional, de prestação de serviços e clínico destinados a criar conectividade, alinhamento e colaboração dentro e entre os setores de cura e cuidados”.

Com isso tem-se o segundo modelo destacado neste estudo, construído por Klauw *et al.* (2014) a partir de revisão de literatura com trinta e quatro estudos sobre modelos e programas que descrevem a atenção integrada às doenças crônicas. Os autores identificaram e classificaram os mecanismos de integração utilizados para se atingir quatro grandes objetivos da busca pela atenção integrada. Conforme seus resultados, as pesquisas revisadas concordaram quanto aos principais objetivos, resumidos em integração funcional, organizacional, profissional e de serviços, também chamada clínica. Já os mecanismos foram por eles divididos da seguinte forma: grau de integração entre profissionais e/ou organizações; centralização no paciente; e aspectos normativos. Os autores trazem definições de tais objetivos e mecanismos, o que facilita sua compreensão, como apresentado a seguir.

Os objetivos da assistência integrada são vistos da seguinte forma: Integração funcional descreve o grau de coordenação entre funções de apoio e alinhamento de incentivos,

como os financeiros; Integração organizacional visa as relações entre as organizações de cuidados em saúde em uma rede, como por exemplo apropriações, acordos contratuais e alianças entre as organizações; Integração profissional descreve as relações profissionais dentro e entre as organizações; e Integração de serviços refere-se à coordenação dos serviços e a integração de cuidados em um único processo ao longo do tempo, lugar e disciplina para maximizar a qualidade dos serviços prestados aos pacientes.

Em relação às dimensões dos mecanismos de integração: a primeira se refere ao grau em que as iniciativas de integração entre profissionais e organizações são efetuadas, de forma que menores graus devem ser estabelecidos primeiro e nem todos os contextos trazem a necessidade de um nível mais elevado; a centralização no paciente é maneira como o cuidado é concebido para atender às necessidades sociais e de saúde e preferências dos indivíduos de uma determinada população; e aspectos normativos dizem respeito a um conjunto de mecanismos referentes aos valores e cultura da integração.

A seguir, o Quadro 2 traz um resumo dos resultados da revisão de literatura feita por Klauw et al. (2014), traduzido pela presente autora, quanto aos mecanismos utilizados para o alcance de cada objetivo da atenção integrada em seus correspondentes critérios. Essa classificação facilita o reconhecimento de quais mecanismos têm melhores chances de sucesso dado um determinado contexto.

Quadro 2 - Mecanismos utilizados para o alcance da atenção integrada.

(continua)

Objetivos	Mecanismos		
	Grau de integração entre profissionais e/ou organizações	Centralização no paciente	Aspectos normativos
Integração funcional	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de TIC para facilitar a comunicação e garantir a execução e continuidade dos serviços - Registro eletrônico do planejamento da assistência e estratificação de risco dos pacientes - Tecnologia de telecomunicações para facilitar o compartilhamento de informações 	<ul style="list-style-type: none"> - TIC para o acompanhamento de pacientes - Ferramentas eletrônicas para que os pacientes participem ativamente na autogestão 	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoramento de desempenho e incentivos financeiros para apoiar, garantir e manter a prestação de melhores cuidados
Integração organizacional	<ul style="list-style-type: none"> - Ligações formais entre organizações: variando de vínculo com a comunidade à fusão das organizações 	<ul style="list-style-type: none"> - Fluxo/percursos clínicos para os pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Política / responsabilidade / liderança e cultura organizacionais para a prestação ideal de cuidados crônicos

Quadro 2 - Mecanismos utilizados para o alcance da atenção integrada.

(conclusão)

	Mecanismos		
Objetivos	Grau de integração entre profissionais e/ou organizações	Centralização no paciente	Aspectos normativos
Integração profissional	<ul style="list-style-type: none"> - Equipes multi ou interdisciplinares - Atribuição clara de funções-chave e responsabilidades - Educação para os profissionais 	<ul style="list-style-type: none"> - Compartilhamento de informações, reuniões planejadas /organizadas 	<ul style="list-style-type: none"> - Postura e realização profissional no trabalho como fatores de integração
Integração de serviços	<ul style="list-style-type: none"> - Uso de diretrizes baseadas em evidências padronizando atendimento e suporte a decisões para diferentes prestadores - Infraestrutura dos serviços - Gerenciamento de casos 	<ul style="list-style-type: none"> - Planos de cuidados, incluindo a fixação de metas de colaboração entre pacientes e médicos - Suporte de autogestão e educação do paciente - Envolvimento das famílias dos pacientes 	<ul style="list-style-type: none"> - Mudança de paradigma de cuidados agudos para crônicos e de prestação de cuidado reativa para proativa

Fonte - Adaptado de Klauw *et al.* (2014).

Considerando-se o maior enfoque dado neste trabalho à integração funcional e organizacional, destacamos alguns indicadores dos mecanismos utilizados para o alcance da atenção integrada em tais níveis. No que se refere à integração funcional, Klauw *et al.* (2014) ressaltam a importância do uso de TIC, observando-as em sua pesquisa nos mecanismos relativos ao grau de integração e centralização no paciente. Os autores relatam as TIC vistas como aspecto que requer maior atenção na busca pela integração por permitir apoio à coordenação do cuidado e compartilhamento de informações entre profissionais e organizações, centralização no paciente e facilitação de sua auto-gestão do cuidado. Algumas ferramentas identificadas pelos autores nesse sentido foram: sistemas de lembrete; sistemas de partilha de informação e tomada de decisão; e sistemas que oferecem visão geral da população de usuários.

Vale ressaltar o conceito de TIC, dado pelo Banco Mundial (2015) como hardware, software, serviços de informática, serviços de comunicações (serviços de voz e de dados) e equipamentos de comunicações com e sem fios. Paula, Dandolini e Souza (2012), acrescentam ainda seu caráter de utensílios e ferramentas que auxiliam nos processos de gestão, organização, tratamento e disseminação da informação e de construção de conhecimentos para as organizações, como dito pelos autores:

[...] especialmente em razão de sua complexidade, em que a informação não se encontra concentrada, mas sim invariavelmente difusa, e surge diante de interesses e competências específicos de atores, os quais devem continuar a ser o foco dessa produção de conhecimento, mas que devem interagir entre si, de forma a ampliar os fluxos informacionais (PAULA; DANDOLINI; SOUZA, 2012).

Quanto à integração organizacional, teve os mecanismos baseados por Klauw *et al.* (2014) nos seguintes aspectos: ligações formais entre as organizações, não apenas de saúde, como também programas de educação, centros desportivos, entre outros; ligação entre os cuidados de saúde e serviços comunitários, priorizando percursos que garantam a continuidade e incluindo os resultados esperados pelos usuário e suas diversas necessidades no processo de cuidado; e métodos e ferramentas para integração organizacional, enfatizando a necessidade de uma visão compartilhada na busca pela integração.

O terceiro e último modelo ressaltado neste estudo foi realizado por Almeida *et al.* (2010). A partir de estudo de caso em Aracaju (Sergipe), Belo Horizonte (Minas Gerais), Florianópolis (Santa Catarina) e Vitória (Espírito Santo), os autores analisaram o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a ESF aos demais níveis do sistema de saúde com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à "integração entre níveis assistenciais". Foi dada ênfase à relação entre a Estratégia Saúde da Família (ESF) e a atenção especializada, incluindo serviços de apoio à diagnose e terapia e consultas.

Para tanto, foram definidas categorias de análise, variáveis e indicadores, com base em revisão de literatura estudos de avaliação da ESF, compondo cinco categorias de análise: Estrutura organizacional e administrativa do setor de regulação da rede de serviços de saúde; Instrumentos de integração dos serviços de saúde; Organização dos fluxos para atenção especializada, hospitalar e de urgência/emergência; Acesso e utilização dos serviços de atenção especializada e hospitalar; e Instrumentos para continuidade informacional. Deu-se enfoque nesta pesquisa às categoria “Instrumentos de integração dos serviços de saúde” e “Instrumentos para continuidade informacional”, conforme o quadro a seguir:

Quadro 3 - Categorias de análise, variáveis e indicadores da dimensão “integração entre níveis assistenciais”.

Categoria de análise	Variáveis	Indicadores
Instrumentos de integração dos serviços de saúde	Sistema municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados	Existência de central municipal de regulação e marcação de consultas e exames especializados, percentual de médicos/enfermeiros que informaram existência de central de marcação de consultas especializadas
	Central municipal de regulação e controle de leitos e internações	Existência de central municipal de regulação e controle de leitos e internações
	Instrumentos de referência e contra-referência para atenção especializada	Existência de instrumentos de referência e contra-referência, percentual de famílias cadastradas encaminhadas por profissional da ESF que relataram receber informações por escrito para entregar ao serviço de referência, percentual de médicos que fornecem informações por escrito sempre/na maioria das vezes quando o paciente é referenciado para outros serviços, percentual de médicos que recebem contra-referência sempre/na maioria das vezes após consulta do usuário com especialista
Instrumentos para continuidade informacional	Prontuários eletrônicos	Existência de prontuário eletrônico, percentual de médicos que referiram fazer registros no prontuário após cada consulta
	Protocolos clínicos	Implantação de protocolos clínicos

Fonte - Adaptado de Almeida *et al.* (2010).

Como relatado até o momento, a integração do cuidado não corresponde a um conceito unificado e pode contar com diversas abordagens, o que se reflete nos diferentes modelos desenvolvidos no mundo. Para Wodchis, Williams e Mery (2014), as diferenças entre as iniciativas locais podem incluir a população-alvo, os tipos de serviços integrados e a forma de ocorrência dessa integração. Os autores relatam também que a observação de experiências internacionais demonstra, em geral, que a implementação de cuidados integrados se inicia por grupos locais de provedores de saúde, reunidos por meio de uma forte liderança local e relações de confiança. O desenvolvimento de algumas dessas iniciativas, condicionadas ao contexto político que fornece apoio “top-down” através de financiamento e infraestrutura, permite a disseminação desses modelos.

Para identificar se iniciativas de integração foram bem sucedidas, Wodchis, Williams e Mery (2014) citam algumas etapas-chave de sua concretização, como por exemplo: o momento em que cada paciente que necessita de cuidados integrados no território tem acesso aos cuidados integrados de qualidade; quando os custos da atenção aos pacientes com necessidades complexas do território declinam e o estado de saúde melhora, liberando

recursos para novas exigências e evolução do sistema de saúde; e quando os próprios pacientes relatam participação satisfatória no estabelecimento de suas metas de atendimento e no desenvolvimento de seus planos de saúde.

Por fim, como afirmam Hofmarcher, Oxley e Rusticelli (2007), destaca-se a grande influência exercida sobre a capacidade de coordenação pela falta de integração entre os níveis assistenciais e pela relação entre os prestadores, especialmente em função da existência de barreiras que dificultam o trânsito no interior do sistema de saúde, o que nos leva ao próximo tópico, acerca das Redes entre os serviços que formam tais sistemas.

4.3 Redes Integradas de Serviços de Saúde

A fragmentação dos serviços de saúde e seu direcionamento às demandas de doenças agudas levam a uma atenção ineficiente no cuidado crescente e necessário às doenças crônicas, requerendo uma reorganização dos sistemas de saúde na busca pelo melhor cuidado, integração e qualidade da atenção à saúde. Conforme Organização Pan-Americana de Saúde (2012), a atenção às doenças crônicas traz a necessidade de articulação e coordenação bem estabelecidas entre uma atenção primária consolidada e os demais níveis de atenção, além do apoio de recursos comunitários e qualidade técnica, acesso e financiamento adequados.

A constituição de redes de serviços tem importante papel neste aspecto, ao potencializar a coordenação entre os serviços e minimizar a fragmentação destes e suas consequências, como a dificuldade de acesso, serviços onerosos, ineficientes, de baixa qualidade técnica e que geram insatisfação dos usuários. Com a perspectiva de superar estas dificuldades e reorientar os serviços de saúde, foi proposta pela OPAS, juntamente à Organização Mundial de Saúde (OMS) o enfoque de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

A definição mais difundida de RISS as descrevem como um grupo de organizações que presta ou proporciona arranjos para que se prestem serviços de saúde de forma equitativa e integrada a uma determinada população. Acrescentam também a responsabilidade das RISS pelos resultados clínicos e econômicos obtidos e pela saúde da população de referência e trazem como objetivo desta iniciativa contribuir para o desenvolvimento de sistemas de saúde baseados na atenção primária e que prestem serviços de alta qualidade técnica e satisfação das expectativas dos usuários (MEDEIROS, 2013; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012; VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

Dessa forma, a implementação de cuidados crônicos de forma integral é bastante favorecida pela existência de RISS, uma vez que a articulação dos serviços em redes integradas proporciona acesso mais amplo aos usuários nos diferentes níveis de complexidade necessários, tendo a atenção primária como porta de entrada. Além disso, é facilitada a prevenção e controle de doenças na população referenciada ao se levar em consideração os determinantes sociais (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2012).

Acerca dos níveis de complexidade crescentes, Mendes (2011) afirma que marcam uma visão hierárquica no sistema de saúde brasileiro, gerando fragmentação na organização da atenção à saúde e estabelecimento de relações a partir de ordens e graus de importância entre os níveis. Segundo o autor, esta visão impossibilita a integração e articulação entre os pontos de atenção à saúde, sendo o sistema organizado por um conjunto de pontos isolados e, portanto, incapazes de proporcionar atenção continuada a seus usuários.

Entretanto, em oposição à lógica de organizações hierárquicas rígidas apresentada acima, Mendes (2011) sugere a formação de redes flexíveis e abertas que compartilhem objetivos, informações, compromissos e resultados, havendo interdependência entre seus atores. Dessa forma, rompem-se as relações verticalizadas e formam-se novas, horizontalizadas, com a atenção primária à saúde como ordenadora.

Como visto, as RISS abrangem diversos serviços, que devem atuar de forma coordenada e integrada, permitindo continuidade na atenção aos indivíduos durante suas vidas. Para tanto, as RISS possuem atributos, estruturados segundo Organização Pan-Americana de Saúde (2012) nas categorias: modelo assistencial; governança e estratégia; organização e gestão; e alocação de incentivos. No quadro a seguir foram esquematizados os atributos que caracterizam a RISS em cada uma destas categorias.

Quadro 4 - Atributos que caracterizam a RISS, em suas respectivas categorias.

(continua)

Modelo assistencial	1. População e território bem definidos e com amplo conhecimento das necessidades em saúde, que determinam a oferta de serviços. Essa base populacional permite o reconhecimento e abordagem das iniquidades no que se refere à cobertura, acesso e resultados em saúde.
	2. Rede extensa de estabelecimentos de saúde que prestam serviços de promoção da saúde, de prevenção, diagnóstico, tratamento e gestão de doenças, reabilitação e assistência paliativa, e que integra os programas focados em doenças, riscos e populações específicas.
	3. Atenção Primária multidisciplinar que abrange toda a população e possibilita o acesso ao sistema, que integra e coordena a atenção à saúde, além de atender à maior parte das necessidades em saúde da população.

Quadro 4 - Atributos que caracterizam a RISS, em suas respectivas categorias.

(conclusão)

Modelo assistencial	4. Prestação de serviços especializados no local mais adequado, oferecidos de preferência em ambientes extra-hospitalares.
	5. Existência de mecanismos de coordenação assistencial ao longo de todo o contínuo dos serviços de saúde.
	6. Atenção à saúde centrada na pessoa, na família e na comunidade, levando em consideração as particularidades culturais e de gênero, e os níveis de diversidade da população.
Governança e estratégia	7. Um sistema de governança único para toda a rede de serviço de saúde.
	8. Participação social ampla.
	9. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde.
Organização e gestão	10. Gestão integrada dos sistemas de apoio clínico, administrativo e logístico.
	11. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e valorizados pela rede.
	12. Sistema integrado de informações que se vincula a todos os membros da rede, com desagregação dos dados por sexo, idade, local de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes.
	13. Gestão baseada em resultados.
Alocação e incentivos	14. Financiamento adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas da rede de serviços.

Fonte - Adaptado de Organização Pan-Americana de Saúde (2012).

Os sistemas de saúde latino-americanos passaram por reformas nas duas últimas décadas buscando minimizar suas desigualdades e ineficiência, principalmente voltados ao financiamento e prestação de cuidados de saúde. Entretanto, apesar da melhora de alguns indicadores de saúde, ainda hoje muitos destes sistemas caracterizam-se por sua desigualdade e fragmentação (MEDEIROS, 2013; VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

As RISS foram então implantadas em vários países latino-americanos como meio para organizar os serviços de saúde em suas reformas, buscando melhora da eficiência, qualidade, ampliação de cobertura e superação das desigualdades no setor. Outros termos encontrados para se referir a tais redes são sistemas integrados de serviços de saúde e organizações sanitárias integradas (VÁZQUEZ *et al.*, 2009).

Mais especificamente no Brasil, conforme Silva (2011), a proposta de organização do sistema de saúde em rede estava presente implícita ou explicitamente desde o início da Reforma Sanitária, de forma que o SUS veio reduzir a segmentação a partir da união dos serviços as diferentes esferas de governo e da assistência médica previdenciária. Em 2001, nova iniciativa voltou-se nesse sentido, com a publicação da Norma Operacional da

Assistência à Saúde em 2001, que deu ênfase à regionalização e prioridade na formação de redes integradas (SILVA, 2011).

Mendes (2011) destaca ainda a crise atual dos sistemas de atenção à saúde e a construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) em sua organização como estratégia de superação. Com isso, houve posicionamento no Brasil sobre as RAS a partir da Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para sua organização no âmbito do SUS.

5 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Antes que se descreva a metodologia desta dissertação vale ressaltar o percurso que levou à escolha da abordagem feita. Primeiramente, foi realizada, entre os meses de setembro e novembro de 2013, fase exploratória da pesquisa. Para tanto, primeiramente entrou-se em contato com os coordenadores locais, responsáveis pelo SAD em cada uma das três instituições que oferecem o serviço na cidade do Recife, sendo dialogado sobre a intenção de realização da pesquisa e marcada visita em cada uma delas.

Foi então realizada visita em cada instituição, momento em que foi observado o ambiente de oferta dos SAD no município e realizadas as entrevistas, uma com cada um dos três coordenadores responsáveis pelo SAD nas instituições em questão, buscando informações gerais dos serviços e possíveis nós críticos em seu funcionamento.

A partir das informações coletadas nesta fase, foram construídas quatro hipóteses prévias para a pesquisa:

- 1) O município não tem implantadas equipes suficientes para atender à demanda populacional;
- 2) A demanda é caracterizada de forma diferente pelos diferentes atores envolvidos na Atenção Domiciliar;
- 3) Não há padronização quanto ao funcionamento do SAD entre as diferentes instituições;
- 4) Não há integração suficiente do SAD com os diferentes níveis de complexidade.

Considerando-se as duas primeiras hipóteses, foi constatado que o município possui número inferior de equipes em relação ao proposto pelo Ministério da Saúde, entretanto verificou-se necessidade de melhor definição de demanda dos SAD pelos atores envolvidos nos diferentes níveis de atenção para que se aprofunde na suficiência ou não da quantidade de equipes estabelecida pelo Programa. Foi constatada inviabilidade de investigação destas hipóteses no presente trabalho, tendo em vista prazo e recursos inexistentes, mas espera-se retornar à pesquisa nesse sentido posteriormente.

Quanto à terceira hipótese, sobre a padronização do funcionamento do SAD entre as diferentes instituições, foi levantado nas entrevistas debate sobre: uso da verba do Programa; materiais e equipamentos disponíveis; critérios de inclusão, exclusão e não inclusão de

pacientes ao serviço; protocolos de atendimento; discussão de casos clínicos; encaminhamento para consultas especializadas ou internação; registro de atividades; etc. Já sobre a quarta hipótese, acerca da integração do SAD com os diferentes níveis de complexidade, alguns relatos remeteram a: integração entre os próprios SAD e entre estes e equipe Básica da ESF, NASF e atenção hospitalar; periodicidade de reuniões envolvendo diferentes atores do cuidado; mudanças no funcionamento do serviço; rotatividade de profissionais; disponibilidade de leitos de suporte; entre outros.

Em princípio este trabalho caracterizava-se por ser um estudo de análise ou avaliação de política que abrangia as quatro hipóteses apresentadas anteriormente, mas após banca de qualificação e revisão bibliográfica e documental mais aprofundada, voltou-se o enfoque para o que antes era o terceiro objetivo específico, sobre a integração dos SAD com a rede assistencial. Com isso foi reconstruído parte do marco teórico da pesquisa, optando-se por delimitar sua extensão na investigação da quarta hipótese levantada e em conformidade com o prazo de conclusão do mestrado.

Partindo-se desse ponto, a metodologia aqui apresentada expõe as etapas seguintes da pesquisa, que correspondem à busca do objetivo geral apresentado: Analisar o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração entre a rede assistencial e os SAD no município de Recife/PE.

5.1 Tipo e local de estudo

A subjetividade inerente à avaliação dos fenômenos sociais, tal como o setor saúde, resulta em aceitar que não há uma metodologia ideal ou abordagem correta que abranja todos os casos de avaliação. Assim, se requer criatividade por parte do avaliador na escolha entre diferentes abordagens e estratégias metodológicas para se atingir o objetivo de emitir um juízo de valor em relação a cada caso particular (PAWSON; TILLEY, 2001; ROGERS, 2001; VIEIRA DA SILVA, 2005).

Levando isto em consideração, optou-se por realizar um estudo de caráter qualitativo através de um estudo de caso. Esta estratégia de investigação proporciona boa compreensão de fenômenos organizacionais, sociais e políticos e é considerada prioritária quando se buscam respostas do “como” e do “porque”, quando há pouco controle por parte do pesquisador sobre o evento estudado e quando o foco do estudo são fenômenos inseridos em contextos reais (YIN, 2005).

Vieira da Silva (2005) indica ainda que avaliar a dimensão relacional das práticas requer a realização de estudos de caso e o uso de técnicas qualitativas. Giovanella, Escorel e Mendonça (2009) acrescentam que no campo das políticas públicas a realização de estudos de caso com relação à determinado programa envolve conhecer o contexto amplo em que se insere buscando, para tanto, informações em fontes variadas e pontos de vista de diferentes atores. Consideram ainda que o estudo de caso permite a análise de situações que envolvem muitas variáveis e o estabelecimento prévio de proposições teóricas com a finalidade de conduzir a coleta de dados.

O local de pesquisa foi a cidade do Recife, capital do Estado de Pernambuco. O município possuía em 2010 uma população total de 1.537.704 habitantes, dentre os quais 11,8% idosos, 2,4% a mais que no ano de 2000 (IBGE, 2000, 2010). Esse valor a classifica como capital nordestina com maior índice de população idosa, ultrapassando a média nacional nesse mesmo período (10,8%). Para efeito da administração da saúde, o município está dividido em oito Distritos Sanitários e tem sua Secretaria da Saúde subdividida nas Secretarias Executivas de Regulação, Assistência, Vigilância e Gestão de Pessoas.

5.2 População do estudo

Considerando-se a importância de se compreender a visão trazida por instâncias centrais do município, que se desdobram e repercutem em todos os serviços componentes da Rede de Atenção à Saúde, este estudo considera as perspectivas dos principais gestores e gerentes de saúde do município de Recife/PE envolvidos no desenvolvimento e aplicação dos mecanismos de integração entre a rede assistencial e os SAD.

Devido à especificidade das informações buscadas, o primeiro participante foi selecionado intencionalmente e os seguintes em cadeia de informantes, do seguinte modo: os próprios entrevistados sugeriram novos possíveis entrevistados a serem contatados, conforme ocupação em cargos relacionados ao tema de estudo e perfil necessário em função do objetivo da pesquisa. Dentre tais sujeitos indicados e contatados, algumas entrevistas foram inviabilizadas, de forma que a pesquisa contou com os seguintes informantes-chaves da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Recife:

- a) Gerente de Redes e Fluxos;
- b) Coordenador(a) municipal do SAD;

- c) Gerente de Convênios e Informações Estratégicas em Saúde;
- d) Gerente Geral de Regulação.

5.3 Coleta dos dados

A análise do desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração entre a rede assistencial e os SAD em Recife/PE foi feita a partir de entrevistas semiestruturadas com os atores apresentados no tópico anterior, registros em diário de campo, análise documental e pesquisas em Bancos de Dados nacionais, entre os meses de outubro e novembro de 2014. Seguiu-se a estrutura de categorias, variáveis e indicadores de análise definidos em função do objetivo com base nos modelos apresentados por Almeida *et al.* (2010) e Klauws *et al.* (2014), conforme o Quadro 5, apresentado no fim deste tópico. As categorias foram as seguintes: Estrutura organizacional, administrativa e financeira; Organização de fluxo assistencial e mecanismos de integração.

Almeida *et al.* (2010) analisaram o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de coordenação desde a ESF aos demais níveis do sistema de saúde com foco no conjunto de medidas pró-coordenação vinculado à "integração entre níveis assistenciais". Para tanto, os autores definiram categorias de análise, variáveis e indicadores com base em revisão de literatura e estudos de avaliação da ESF. O estudo de caso em quatro grandes centros apontou a presença de mecanismos de integração entre níveis assistenciais. Dentre as categorias trazidas pelos autores, deu-se enfoque neste trabalho às "Instrumentos de integração dos serviços de saúde" e "Instrumentos para continuidade informacional".

Quanto à Klauw *et al.* (2014), identificaram e classificaram as abordagens ou intervenções descritas como mecanismos de integração utilizados para se atingir quatro grandes objetivos da busca pela atenção integrada a partir de revisão de literatura sobre modelos e programas que descrevem a atenção integrada às doenças crônicas. Conforme os autores, as pesquisas revisadas concordaram quanto aos principais objetivos, resumidos em integração funcional, organizacional, profissional e de serviços, também chamada clínica. Já os mecanismos foram divididos nas categorias grau, centralização no paciente e aspectos normativo. Optou-se por delimitar este estudo nos níveis funcional e organizacional devido à abordagem de caráter central utilizada, a partir da visão de atores da gestão, análise documental e pesquisa em Bancos de Dados nacionais, levando em conta o ideal de conformação da rede como Rede Integrada de Serviços de Saúde.

As entrevistas realizadas nesta pesquisa foram gravadas, à exceção de uma, em que não foi obtida autorização. Em paralelo foi feito registro em diário de campo com objetivo de se obter uma melhor compreensão da realidade estudada a partir dos aspectos não perceptíveis no áudio ou, no caso em que não houve áudio, registrar o máximo de informações relevantes obtidas na entrevista em forma de texto. A análise documental abrangeu documentos das esferas nacional e municipal de governo: Portarias do ministério da saúde relativas aos SAD e constituição de redes; projeto de implantação dos SAD no município; e contratos de vínculo entre as instituições prestadoras dos SAD e a gestão municipal. Por fim, foram complementados as informações adquiridas por pesquisa em Bancos de Dados nacionais.

Quadro 5 - Categoria de análise, variáveis/dimensões e indicadores/critérios de análise da pesquisa.

(continua)

Objetivo específico	Categoria de análise	Variáveis/Dimensões	Indicadores/Critérios de análise
Descrever a estrutura organizacional, administrativa e financeira dos SAD e sua relação na rede de atenção à saúde	Estrutura organizacional, administrativa e financeira	Pactos políticos e administrativos	Existência de pactos políticos e ligações formais entre níveis de governo e pactos administrativos institucionais de regulação dos SAD na Rede de Atenção à Saúde
		Natureza jurídica e tipo de prestadores de serviços	Existência de diferentes naturezas jurídicas entre prestadores dos SAD e do restante da Rede de Atenção à Saúde
		Financiamento	Existência de mecanismo financeiro de integração com o financiador, incluindo monitoramento de desempenho e incentivos financeiros
		Organização no território (capacidade instalada e cobertura)	Número, abrangência e cobertura dos serviços com os distritos de saúde
Identificar e analisar a organização de fluxo assistencial entre os SAD e os principais componentes com que se relaciona na rede assistencial	Organização de fluxo assistencial	Percurso e informação do usuário na Rede de Atenção à Saúde	Percurso mais comum do usuário encaminhado para a atenção domiciliar e proveniente desta e existência de fluxos formalizados de acesso envolvendo essa modalidade de atenção
			Existência de TIC ou ferramentas eletrônicas que permitam ao usuário ter informações sobre os serviços componentes da Rede de Atenção à Saúde, seu funcionamento e sua inserção neles, incluindo os SAD

Quadro 5 - Categoria de análise, variáveis/dimensões e indicadores/critérios de análise da pesquisa.

(conclusão)

Objetivo específico	Categoria de análise	Variáveis/Dimensões	Indicadores/Critérios de análise
Identificar e analisar a organização de fluxo assistencial entre os SAD e os principais componentes com que se relaciona na rede assistencial	Organização de fluxo assistencial	Controle sobre encaminhamentos e filas de espera	Existência e descrição do processo/critérios de prática sistemática de análise dos encaminhamentos para os SAD assim como para o restante da Rede de Atenção à Saúde
			Existência e descrição do processo/critérios de monitoramento das filas de espera para os SAD assim como para o restante da Rede de Atenção à Saúde
			Existência e descrição de processo/critérios de sistema de estratificação de risco dos usuários
		Articulação dos SAD com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde	Existência e efetividade da articulação entre a atenção domiciliar e USF
			Existência e efetividade de articulação entre a atenção domiciliar e a atenção especializada e de apoio
			Existência e efetividade de articulação entre a atenção domiciliar e serviços de urgência/emergência
			Existência e efetividade de articulação entre a atenção domiciliar e a atenção hospitalar
		Avaliar o estabelecimento de mecanismos de integração entre os SAD e a rede de serviços de saúde	Mecanismos de integração
Existência e efetividade de uso de instrumentos de compartilhamento da história clínica dos usuários			
Implantação e efetividade de uso de protocolos clínicos e planejamento da assistência			
Existência e efetividade de uso de instrumentos de referência e contra referência ou outra TIC que favoreça a execução e continuidade dos serviços			
Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários	Existência de TIC ou ferramentas que permitam acompanhamento e participação ativa dos usuários na autogestão		
Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde	Organização da regulação e controle de vagas para os SAD e existência de serviços de referência na Atenção Básica		
	Organização da regulação e marcação de consultas e exames especializados e de apoio e existência de serviços de referência para os SAD		
	Organização da regulação e controle de vagas em urgência e emergência e existência de serviços de referência para os SAD		
	Organização da regulação e controle de leitos e internações e existência de serviços de referência para os SAD		

Fonte - Autora, 2014.

5.4 Análise dos dados

As entrevistas semiestruturadas com áudio disponível foram transcritas e revisadas, sendo as informações obtidas a partir delas, do registro em diário de campo, da análise documental e da pesquisa em Bancos de Dados nacionais submetidas a análise de conteúdo, agrupando-se os temas, em função do objetivo da pesquisa, nas variáveis de análise estabelecidas:

- a) Pactos políticos e administrativos;
- b) Natureza jurídica e tipo de prestadores de serviços;
- c) Financiamento;
- d) Organização no território (capacidade instalada e cobertura);
- e) Percurso e informação do usuário na Rede de Atenção à Saúde;
- f) Controle sobre encaminhamentos e filas de espera;
- g) Articulação dos SAD com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde;
- h) Instrumentos para continuidade informacional;
- i) Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários;
- j) Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde.

O método em questão foi aplicado a partir de descrição sistemática e objetiva do conteúdo dos dados colhidos, sendo definido por Bardin (1979) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação aplicadas com a finalidade de se obter indicadores quantitativos ou qualitativos que possibilitem o entendimento de conhecimentos referentes às condições de produção e percepção do objeto estudado.

Com o objetivo de garantir o anonimato dos sujeitos entrevistados, foram utilizados códigos para sua identificação ao longo dos resultados e discussão deste trabalho. Para tanto, optou-se pela designação a partir da letra “E” seguida de um número correspondente.

6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

O presente trabalho corresponde a um recorte do projeto “O impacto das Reformas Estruturais no SUS: Uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência à saúde (ReformaSUS)”. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, unidade da Fundação Oswaldo Cruz em Pernambuco (Parecer n° 407526/2012-9).

Entrou-se em contato pessoalmente com a população do estudo, colhendo informações de contato e aceite prévio de participação na pesquisa. Em seguida obteve-se junto à SMS do Recife termo de anuência para a participação dos gestores e gerentes de saúde contatados, bem como o acesso a documentos e dados relevantes.

Em conformidade com a Resolução n° 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes das entrevistas autorizando realização e publicação do estudo. Foi respeitada a autonomia e a garantia do anonimato dos participantes, assegurando sua privacidade quanto a dados confidenciais, assim como lhes foram informados os objetivos da pesquisa. Não foi vinculada vantagem financeira à participação na pesquisa e os sujeitos estiveram livres para interromper ou abandonar sua participação a qualquer tempo sem que isto lhes trouxesse quaisquer consequências.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A seguir é dada a apresentação dos resultados e discussão deste trabalho, estruturados com base nas categorias de análise apresentadas anteriormente no Quadro 3: Organização de fluxo assistencial; Estrutura organizacional, administrativa e financeira; e Mecanismos de integração.

7.1 Estrutura organizacional, administrativa e financeira

Este tópico se propõe a descrever resultados e discussão referentes à estrutura organizacional, administrativa e financeira dos SAD e sua relação na rede de atenção à saúde, subdividido em quatro dimensões: pactos políticos e administrativos; natureza jurídica e tipo de prestadores de serviços; financiamento; e organização no território (capacidade instalada e cobertura).

7.1.1 Pactos políticos e administrativos

No município de Recife a oferta de serviço de atenção domiciliar para todo o território teve sua primeira etapa de implantação em abril de 2010, em uma perspectiva de desospitalização, a partir da resolução da CIB/PE nº1443 de 01 de março de 2010 (RECIFE, 2013).

A partir das Portarias nº 2.527, de 27 de outubro de 2011 e nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2011a, 2013b), a adesão dos municípios aos SAD passou a ser incentivada pelo Ministério da Saúde, pelo Programa Melhor em Casa. Com isso, o serviço que já existia em Recife se adequou ao modelo nacional, como referido em entrevista:

Recife iniciou antes mesmo dessas Portarias ministeriais, antes mesmo de ser lançado o Melhor em Casa. [...] Só em 2011, Dilma lançou o Melhor em Casa, que lançou a Portaria. Então o SAD era organizado em outros moldes. [...] Então quando Dilma lançou o Melhor em Casa, o SAD Recife aderiu o Melhor em Casa. Então ele mudou toda a perspectiva que ele estava trabalhando e foi para a perspectiva do Melhor em Casa (E3).

Para implantação dos SAD nesses moldes, todos os municípios devem obedecer a alguns requisitos: Apresentar população igual ou superior a 20.000 habitantes, com base na população estimada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE); estar coberto por Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); e possuir hospital de referência no Município ou região a qual integra. Além disso, de acordo com a mesma Portaria, nos municípios com população superior a 40.000 habitantes, é também requisito a cobertura por serviço móvel local de atenção às urgências diferente do SAMU 192 (BRASIL, 2013b). Sobre o processo de implantação dos serviços em Recife, foi relatado em entrevista:

[...] A gente fez um projeto para fazer a implantação, que é o projeto de implantação, para poder conseguir as equipes. [...] Então é através de projeto e da licença de implantação que o Ministério dá, para que o município possa aderir. O município manda o projeto, o Ministério avalia o projeto e vê se realmente há a necessidade e aí habilita o município a tantas equipes, de acordo com a população (E3).

[...] tem que ter toda uma parte de habilitação. Tem que ver as equipes, indicar para que equipe de saúde da família aquele SAD vai ser referência. Isso eles mandam para o Ministério. A partir do momento que o Ministério aprova, aí a gente vai indicar qual vai ser a implantação (E1).

Conforme o projeto de fortalecimento da rede hospitalar de assistência domiciliar SAD, em seu nono termo aditivo, o serviço em Recife foi então estruturado seguindo-se as diretrizes do Modelo de Atenção, na perspectiva de RAS e com a Atenção Básica como ordenadora do cuidado e da ação no território. Seguiu ainda um modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares, integração entre as equipes e estimulação à participação ativa dos profissionais de saúde envolvidos, usuário, família e cuidador (RECIFE, 2013).

A reformulação do serviço pela SMS de Recife foi aprovada através da Resolução CIB/PE nº 1.718 de 19 de setembro de 2011, com posterior habilitação dos estabelecimentos de Saúde contemplados com SAD no município na Portaria MS/GM nº 2.959 de 14 de Dezembro de 2011. Tal Portaria explicitou 15 EMAD e 5 EMAP sediadas nestes estabelecimentos e aptas a receber incentivos financeiros referentes ao Melhor em Casa (Atenção Domiciliar), com base na população estimada de Recife.

De acordo com as entrevistas e análise documental realizadas, Recife possui convênios de assistência à saúde com quatro grandes instituições filantrópicas objetivando a prestação de

serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, além de alguns serviços, como os ofertados pelas equipes do NASF, residências terapêuticas e SAD.

Foi verificado que tais convênios foram firmados em julho de 2006, com valor global inicial variando entre cerca de 4,5 a 8,7 milhões de reais e fundamentando-se no Programa de Reestruturação e Contratualização de Hospitais Filantrópicos no SUS, com vigência de cinco anos e prorrogação por mais um. Ao longo desse período, foram feitas alterações a partir de termos aditivos, cada qual explicitando quais aspectos foram alterados e o porquê. Foi relatado ainda que há formalização destes termos até o sétimo termo aditivo, em 2012, e no período subsequente se tem minutas de convênio, com formalização em processo.

No que se refere aos SAD, atualmente são prestados por meio de convênio do município com três destas instituições, sendo acrescentada sua oferta no sétimo termo aditivo, em 2012. Ressalta-se a não ciência de parte dos entrevistados acerca da oferta dos SAD a partir de um dos convênios firmados, demonstrando falha no conhecimento dos serviços ofertados na Rede Assistencial de Recife.

Foi referido que é repassada a administração dos SAD para as instituições filantrópicas a partir dos convênios, feita por uma coordenação própria de tais instituições. Assim, as filantrópicas têm liberdade para gerenciar a contratação de profissionais, obtenção de medicamentos, materiais e insumos que considere necessários ao funcionamento do serviço, respeitando o acordo realizado e a legislação vigente. Entretanto, existe por parte da coordenação central do SAD no município acompanhamento desse processo, como relatado em entrevista: “A coordenação acompanha, monitora, passa para a política Municipal e fica sempre próximo das equipes” (E1).

Outra característica ressaltada acerca desses convênios foi o aspecto de pactuação direta entre o município e estas instituições, sem a necessidade de licitação, como relatado: “[...] Como ele é filantrópico a gente não precisa ter uma licitação, a gente pode fazer um acordo direto como se fosse uma cooperação. Ele também não tem fins lucrativos, a Prefeitura quer que ele forneça serviços para a população do município” (E1).

É importante ressaltar que, com a Reforma Gerencial do Estado ou Reforma da Gestão Pública, surgida na Grã-Bretanha, na década de 80, e repercutida no Brasil na década de 90, buscou-se maior autonomia e responsabilidade dos administradores públicos e maior descentralização dos agentes responsáveis pela execução dos serviços, dentre eles a saúde. Uma das características principais desta reforma foi a garantia dos direitos sociais pelo poder

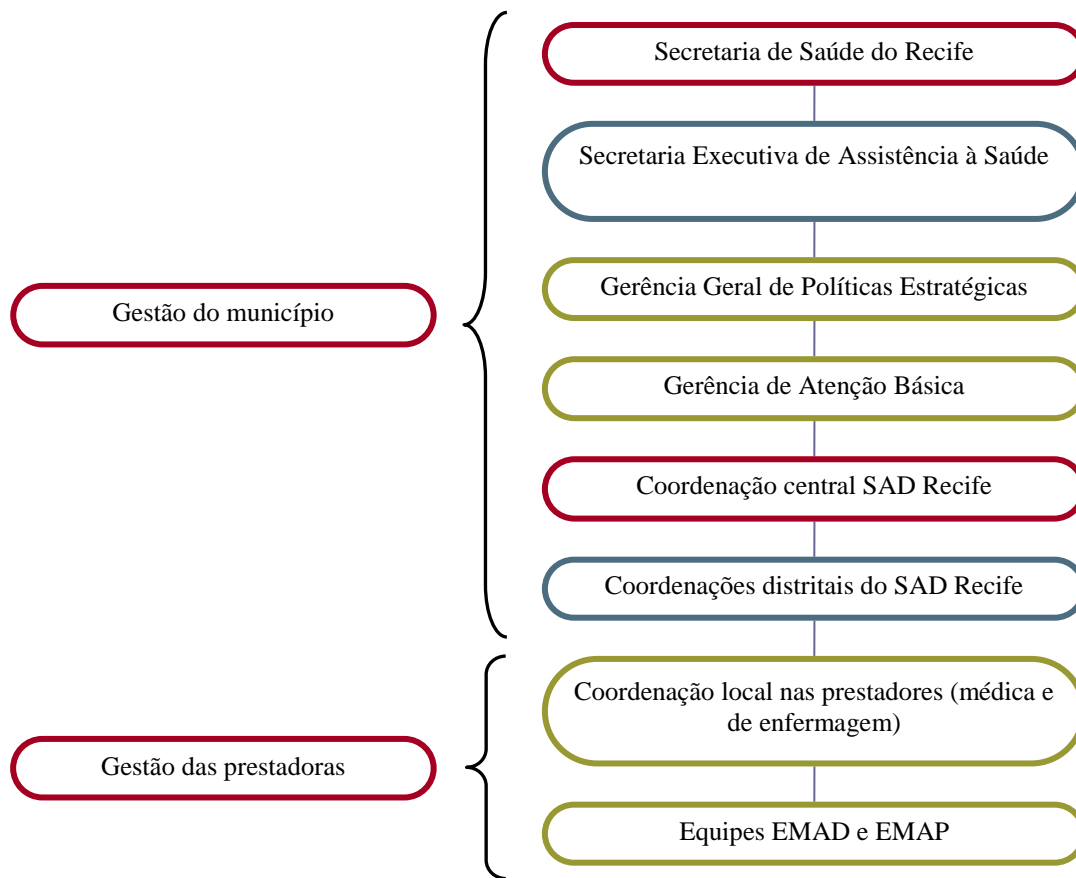
público através da manutenção do consumo coletivo gratuito, com a transferência de sua oferta para provedores públicos não estatais (BRESSER-PEREIRA, 2010, 2012; OLIVEIRA; ELIAS, 2012).

A rigidez administrativa, assim como a falta de profissionais, são destacados também por Santos *et al.* (2014) como mobilizadores para novas alternativas gerenciais na busca pela implementação de mudanças na gestão da saúde. Os autores ressaltam ainda a necessidade de amadurecimento das instituições e a governança exercida pelos Estados no empenho em proporcionar inovações entre a gestão pública e a iniciativa privada com ou sem fins lucrativos. Para Mendes (2011), no SUS a governança, que correspondem a um dos componentes das RAS, deve ser feita através de arranjos interfederativos, visualizados a partir das comissões intergestores.

Outro aspecto colocado em entrevista foi a necessidade de elaboração de um projeto para que a oferta de um serviço seja contratualizada no município, a ser aprovado em Comissão Intergestores Bipartite (CIB). Tal projeto é elaborado pela área técnica do serviço, em parceria com a Gerência de Convênios e Informações Estratégicas em Saúde, e explica a lógica de funcionamento do programa, composição das equipes, fluxos, entre outros aspectos fundamentados nas Portarias correspondentes. Nos SAD, a área técnica a que se refere é a coordenação central do serviço, vinculada à Secretaria Executiva de Assistência à saúde.

A área técnica dos SAD na gestão municipal é composta por coordenações à nível central e distritais, inseridas na Secretaria Executiva de Assistência à Saúde, dentro da Gerência Geral de Políticas Estratégicas. Abaixo destas coordenações se encontram, no âmbito das prestadoras, a coordenação local, subdividida em coordenação médica e de enfermagem, e as próprias EMAD e EMAP. A seguir, a Figura 3 exemplifica tal relação:

Figura 3 - Diagrama de organização da área técnica e equipes dos SAD no município.



Fonte - Autora, 2014.

A nível estadual, não foi verificada existência de pactos administrativos no que se refere aos SAD, apenas o envolvimento direto com os serviços hospitalares estaduais a partir do sistema de regulação.

7.1.2 Natureza jurídica e tipo de prestadores de serviços

Conforme o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a partir dos dados enviados pela SMS e consolidados no Banco de Dados Nacional pelo DATASUS, foram observados nessa dimensão os campos “natureza” e “tipo de prestador” quanto à cidade do Recife. O primeiro define a origem do capital social da organização e sua vinculação administrativa e o segundo classifica o prestador de serviço como público, privado, filantrópico ou sindicato.

Houve concordância entre os entrevistados e análise documental quanto ao tipo de prestador dos SAD ofertados em Recife e sua natureza jurídica, classificando as instituições

como “filantrópicas com CNAS válido” e com natureza de “Entidade Beneficente sem fins lucrativos”. Destaca-se que a expressão aqui usada como “Entidade Beneficente sem fins lucrativos” é definida pelo CNES como sendo uma “Entidade associativa civil de direito privado, sem fins lucrativos, que desenvolve atividade beneficente de assistência social”.

Tais resultados coadunam com o exposto por Santos *et al.* (2014), ao afirmarem que em Pernambuco a ampliação das Parcerias Público Privadas (PPPs) no setor de saúde apresentaram características peculiares em relação ao restante do país. De acordo com os autores, em Pernambuco este processo se caracterizou pela transferência de serviços públicos assistenciais de saúde do Estado para a administração de organizações sem fins lucrativos, principalmente a partir de 2009.

Considerando a Rede com que os SAD se articulam, em sua maioria correspondem a serviços públicos municipais e estaduais e de administração direta da saúde ou os próprios serviços correspondentes às prestadoras dos SAD, com mesma natureza e tipo.

7.1.3 Financiamento

A Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013 dispõe o Ministério da Saúde como responsável pela garantia de recursos financeiros para composição do financiamento da atenção domiciliar. Conforme tal Portaria, é instituído incentivo mensal para manutenção dos SAD, repassado do Fundo Nacional de Saúde para o fundo de saúde do ente federativo beneficiário. Este repasse é condicionado ao cumprimento de alguns requisitos e está sujeito à suspensão, sendo oriundo do orçamento do Ministério da Saúde e devendo onerar o Programa de Trabalho referente ao Piso de Atenção Básica Variável - Saúde da Família - Melhor em Casa (BRASIL, 2013b).

De acordo com a Portaria GM/MS 1.505, de 24 de julho de 2013, que fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos SAD, o valor referente a cada mês por equipe é o seguinte: às EMAD - tipo 1, cinquenta mil reais; às EMAD tipo 2, trinta e quatro mil reais; e às EMAP, seis mil reais (BRASIL, 2013b).

Além desses valores, a Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013 traz em seu artigo 44, a possibilidade de eventual complementação dos recursos repassados pelo Ministério da Saúde para o custeio das ações do SAD, de responsabilidade conjunta dos Estados, do Distrito

Federal e dos Municípios, em conformidade com a pactuação estabelecida na respectiva CIB e, se houver, Comissão Intergestores Regional (CIR).

Em Recife ocorre essa contrapartida por parte do município, que complementa o incentivo financeiro recebido do Ministério da Saúde e repassa para as instituições filantrópicas de acordo com a conformação dos SAD em cada uma. A necessidade de tal complemento reflete a dificuldade relativa ao financiamento do SUS, incluindo de recursos materiais a recursos humanos, como visto nos trechos de entrevistas a seguir:

[...] O Município mesmo entra com contrapartida porque seis mil não dá o salário de ninguém. Mas a gente entra com folha, com material e medicamento, que também não dá com esse recurso (E1).

A gente dá o incentivo, implementado. [...] o que a gente identifica em muitos deles [filantrópicos] serve para compensação de Tabela SUS. Todos, praticamente todos que a gente vai [...] eles citam que hoje é impossível você pagar 10 reais por uma consulta/médico, para manter um médico no hospital. E aí tem uns que pagam 30 reais, outros que pagam 40, e aí sai do incentivo (E2).

No que se refere à integração, não foi identificada existência de mecanismo financeiro voltado à esse aspecto no orçamento dos SAD, nem por parte do governo federal nem municipal. Como dito em entrevista: “Na Portaria em que ele diz o valor ele não descreve integração [...] Incentivo de integração, essas coisas, não tem não. É o custo do projeto” (E1).

Foi observada também alto grau de autonomia por parte das filantrópicas acerca do uso da verba recebida, como relatado:

O incentivo, nesse caso, é de forma geral. A gente dá o incentivo, implementado, que está lá descrito qual vai ser o valor todinho. Dependendo da Portaria, o incentivo foi estabelecido pelo próprio Ministério ou pelo Cálculo do Município, e é realizada de forma, assim, entrega a ele, e aí ele faz a utilização da melhor forma (E2).

Quando do repasse da verba às instituições filantrópicas, vale ressaltar que além dos valores estipulados pelo Ministério da Saúde e a contrapartida do município, para todos os serviços contratualizados foi citado o acréscimo de 10%, reservado para o que foi chamado de taxa de serviço: “Todo esse dinheiro é passado para o filantrópico porque ele é quem contrata. Depois que fecha o valor de folha, o valor de material, de medicamento, aí tem uma taxa administrativa que é para ele pagar também os impostos” (E1).

Sobre o monitoramento de desempenho, destacou-se um caráter diferencial na abordagem dos SAD em comparação com o restante da Rede, sendo dito que não se consegue fazer a atribuição de metas a serem cumpridas ou um retorno financeiro nesse sentido com esses projetos no município, apenas no restante do serviço, a exemplo das metas de taxa de ocupação e de permanência:

É porque é meio complicado ter meta nisso aqui. [...] Pelo menos nos projetos a gente não consegue fazer isso não. A gente faz no restante do serviço, na parte de qualificação. [...] Agora nos projetos a gente envia os relatórios para as áreas técnicas, eles avaliam os serviços, pedem ampliação ou não. Quem acompanha mais de perto mesmo são as coordenações. Aí eles vão sinalizando para a gente no que precisar. [...] É um pouquinho diferente o acompanhamento do restante dos serviços (E1).

Dessa forma, foi relatado o acompanhamento desse aspecto mais diretamente pelas coordenações do serviço, que atestam a execução ou não do que está previsto no projeto e sinalizam para o nível central do município a necessidade de mudanças.

7.1.4 Organização no território (capacidade instalada e cobertura)

Conforme a Portaria GM/MS 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b) e considerando a população de Recife de 1.599.514 habitantes, dados do Portal da Saúde referentes ao mês de novembro de 2014 mostram que o município está habilitado para receber dezessete equipes EMAD tipo 1 e cinco EMAP. Entretanto, de acordo com dados do referido Portal, Recife tem implantadas atualmente nove daquelas e três destas (Quadro 6). Dessa forma, cada instituição filantrópica prestadora abarca três equipes EMAD tipo 1 e uma EMAP. Nesse ponto, houve divergência nas entrevistas quanto à quantidade de equipes implantadas, sendo relatado por alguns entrevistados valor superior ao apresentado.

Quadro 6 - Equipes EMAD e EMAP habilitadas e implantadas em Recife/PE.

	EMAD tipo 1	EMAP
Equipes habilitadas	17	5
Equipes implantadas	9	3

Fonte - Portal da Saúde (2014).

Sobre a ampliação do número de equipes, foi relatado sua ocorrência em conformidade principalmente com a demanda ao serviço, observada pela área técnica, e a disponibilidade financeira do município:

Cada equipe tem que acompanhar um determinado número de pacientes. Aí elas seguem essas metas e aí vai gerando fila de espera. Aí quando geram fila que dá para fazer mais uma equipe, aí solicitam ampliação. Aí a gente vê se tem jeito de ampliar. [...] Ele tem habilitação para ter mais, vai ampliando de acordo com a disponibilidade financeira também. [...] Precisa ampliar porque em todos eles tem fila de espera já (E1).

A gente precisa fazer essa ampliação. Mas como você sabe, os Serviços... Não é fácil fazer uma ampliação. É muito complexo, precisa de muita interação, precisa de muitas coisas, de qualificação das equipes para quando elas começarem a atuar dentro do território (E3).

Apesar de o município estar em processo de divisão atualmente em oito Distritos Sanitários para efeito da administração em saúde, esta divisão ainda não foi efetivada em relação aos SAD, de acordo com a entrevista, devido ao seu caráter recente. Verifica-se então a necessidade de reformulação do projeto dos SAD nesse sentido, tendo em vista que cada instituição filantrópica no momento é responsável por dois distritos sanitários. Além disso, foi verificado déficit em recursos humanos quanto às coordenações distritais:

Eu acredito que tenha uma em cada distrito. Eu não sei se já tem contratadas todas. Se eu não me engano parece que só tem duas ou são três pessoas contratadas mas tá previsto que cada distrito tenha uma coordenação descentralizada (E1).

Considerando que Recife possui proporção de cobertura populacional estimada em 55,24%, quanto às equipes de saúde da família, e de 69,70% quanto aos agentes comunitários de saúde, é importante que se entenda também como se inserem os SAD em áreas descobertas. A esse respeito, houve divergência nas informações dadas pelos entrevistados. Em uma entrevista, foi informado que áreas descobertas, cobertas pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Instituições de Longa Permanência de Idosos (ILPI) são também visitadas pela coordenação distrital para avaliação, além das Unidades de Saúde da Família, sendo o usuário admitido no serviço em caso de necessidade. Já em outra, se teve a visão de que áreas não cobertas pela saúde da família não têm acesso aos SAD, de acordo com os critérios estabelecidos pelo programa. Tal informação foi exemplificada com um caso

em particular de usuário que mandou e-mail para uma instância de comunicação da gestão municipal solicitando o serviço. Ao procurarem informação à nível distrital foi relatada a resposta de que em área descoberta o serviço não se enquadra. Conforme relatado: “E a gente achou estranho isso. Se é um serviço de apoio então o principal referencial era para ser área descoberta. E aí não era. E [pausa] fica meio complicado” (E2).

Souza (2012), nesse quesito, destaca que a integralidade pode ser comprometida por barreiras de dimensão técnica do acesso. Tais barreiras seriam referentes à utilização e dificuldades dos usuários para concretizar o atendimento, bem como à própria oferta dos serviços, seu planejamento e organização dos recursos que dispõe. Da mesma forma, Silva (2011), destaca como desafios que contribuem para a desestruturação da rede: oferta insuficiente de recursos e cobertura insuficiente para atender às necessidades da população; baixo financiamento público; contradições entre políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público; e problemas de gestão e regulação públicas na saúde.

Outro aspecto abordado foram as modalidades de equipe presentes no município. Verificou-se em entrevistas o funcionamento das modalidades AD 1 e AD2, estando em processo de negociação o acréscimo da AD3 e equipamentos necessários para tal, como os de suporte ventilatório não invasivo: Pressão Positiva Contínua nas Vias Aéreas (CPAP) e Pressão Aérea Positiva por dois Níveis (BIPAP), além de diálise peritoneal e paracentese.

A gente ainda não está com isso porque é uma coisa muito complexa. Isso exige, assim, empresas para serem contratadas para fornecer isso, e assim, uma logística. [...] O paciente é um paciente crônico que vai precisar desse suporte ventilatório até morrer. E aí o município não recebe verba nenhuma para isso. Como é que vai ser implantado isso? Então a gente ainda está em discussão [...] (E3).

Entretanto, de acordo com o projeto de fortalecimento da rede hospitalar de assistência domiciliar SAD, em seu nono termo aditivo, as equipes EMAD e EMAP em Recife já estariam então programadas para prestar atendimento também na modalidade AD3, com três hospitais de referência, cada qual abarcando dois Distritos Sanitários e oferecendo retaguarda em serviços de Urgência, Ambulatório e Internação Hospitalar (RECIFE, 2013).

Por fim, destaca-se a oferta do trabalho das EMAD pelos SAD no município nos cinco dias úteis da semana (12 horas ao dia) e em regime de plantões nos fins de semana e feriados, com vista a assegurar a continuidade da atenção (RECIFE, 2013). Conforme relatado:

[...] O SAD é horário comercial, mas ele fica com um [...] celular de sobreaviso, todos os médicos. Os médicos e os enfermeiros. Para se tiver muita ocorrência o paciente poder ligar e ter as orientações por telefone. Como a gente sabe que Recife tem muitas áreas de difícil acesso, que a gente às vezes só entra com a ACS, e tudo o mais, a questão do óbito, se morreu a noite tem que esperar até às seis horas da manhã do outro dia. Às seis horas da manhã, impreterivelmente, o médico tem que ir para a casa para dar o atestado (E3).

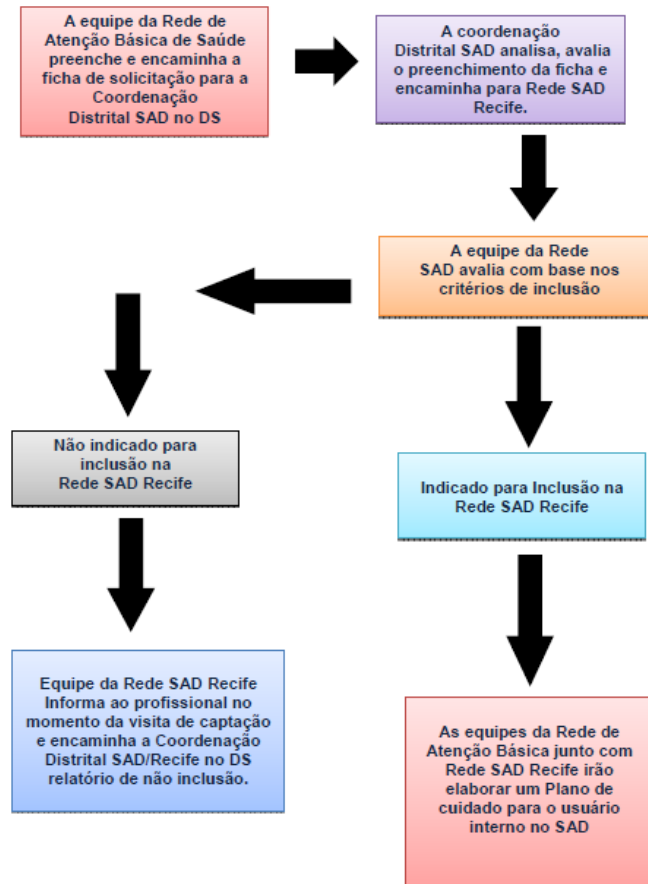
7.2 Organização de fluxo assistencial

Este tópico se propõe a descrever resultados e discussão referentes à organização de fluxo assistencial entre os SAD e os principais componentes com que se relaciona na rede, subdividido em três dimensões: percurso e informação do usuário na Rede de Atenção à Saúde; controle sobre encaminhamentos e filas de espera; e articulação dos SAD com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde.

7.2.1 Percurso e informação do usuário na Rede de Atenção à Saúde

Como fluxo mais frequente de acesso aos SAD foi verificado, a partir das entrevistas, o seguinte: Identificação do caso por equipe da Rede de Atenção Básica de Saúde (ESF/PACS) – acionamento da coordenação distrital do SAD através da ficha de solicitação, pela ESF ou PACS – avaliação da ficha por parte de tal coordenação e encaminhamento via e-mail para a equipe SAD responsável – visita da equipe SAD responsável para avaliação do caso – admissão ou não do usuário conforme critérios do serviço e vagas disponíveis. A seguir é apresentado o fluxograma formal de inclusão na Rede SAD/Recife:

Figura 4 - Fluxograma de inclusão na Rede SAD/Recife.



Fonte - Recife (2014).

No que se refere à identificação de casos elegíveis para os SAD, observou-se que, apesar de feita em qualquer ponto da rede de atenção à saúde, só pode ser formalizada a partir de ficha de solicitação encaminhada à coordenação distrital por um profissional com nível de escolaridade superior da rede de Atenção Básica, seja advindo das Equipe Saúde da Família, PACS, NASF ou também ILPI. Neste ponto, se deu relevância à maior demanda para os SAD advinda dos PACS, descongestionando os serviços de urgência:

As Unidades de Saúde da Família demandam muito pouco. [...] Com o médico, com o NASF e com a enfermeira, é uma equipe mais integrada que consegue dar um apoio maior ao paciente [...]. Agora de PACS a gente tem muito, muito paciente. [...] Porque o paciente está agudizando e não tem um médico para dar um suporte e dizer o que é que tem que ser feito [...]. E o enfermeiro não tem como, as limitações [...] são enormes, não conseguem fazer isso. Então o paciente era hospitalizado, era mandado para a urgência, com frequência, e agora o SAD é uma porta de entrada nessa questão de não mandar mais o paciente para a urgência e mandar para o SAD (E3).

Conforme relatado em entrevista, deve-se buscar ao máximo a resolubilidade dos casos na Atenção Básica, sendo o usuário encaminhado para os SAD apenas quando não se consegue boa resposta com as ferramentas que tal nível de atenção possui em seu território. Como visto a seguir:

[...] Esse paciente fica nessa interface entre Atenção Básica e o hospital. Esse paciente não consegue mais, a atenção básica não consegue mais resolver o problema dele, mas ele está em um ponto que ele não precisa ser hospitalizado para responder o problema dele. Um Serviço de Atendimento Domiciliar resolveria (E3).

Um fluxo de acesso alternativo aos SAD ocorre a partir de demanda espontânea. Nesses casos, em geral, os usuários se deslocam para pontos variados da Rede de Atenção à Saúde em busca do serviço, ao tomarem conhecimento de sua existência. O principal local de procura relatado foi o próprio distrito sanitário, sendo buscada articulação para que tais usuários sejam assistidos.

A nível do serviço de regulação do município, foi afirmado que não há participação na coordenação do fluxo de acesso, dada prioritariamente como atribuição da coordenação central dos SAD. Entretanto, foi visto também papel central das instituições filantrópicas nesse processo, como nos trechos a seguir: “A própria [pausa] quer dizer, de fato, hoje, quem coordena o próprio fluxo é a própria instituição” (E2).

Elas [coordenação central] definem o fluxo e elas vão passar para as coordenações distritais e para as equipes executarem daquela forma. Aí elas têm que fazer essas conversas com cada prestador porque eles que contratam, eles que fazem a gestão das equipes, então eles têm que seguir o mesmo padrão. Apesar que cada SAD tem uma especialidade diferente [...] de acordo com o perfil do território deles mesmo. Agora o fluxo tem que ser o mesmo. Então eles vão passar para esses filantrópicos como é que é o acesso, como é que são os critérios (E1).

Já acerca do fluxo de saída dos usuários dos SAD, não foi relatada existência de um fluxo formalizado. No entanto, foi estipulado um período limite de 90 dias de permanência no serviço, que pode ser renovado através de um Termo de Prorrogação. Há possibilidade de internação ou retorno ao acompanhamento isolado pela ESF de acordo com a evolução do quadro clínico e capacidade de auto gestão dos usuários e familiares.

Um aspecto problemático a esse respeito corresponde aos casos de usuários residentes em áreas descobertas pela ESF. Nesses casos foi verificado encaminhamento para cadastro em uma Unidade Tradicional na tentativa de dar continuidade à assistência e manter o acesso à medicamentos e insumos. Já em casos de moradores de ILPI, procura-se manter essa continuidade repassando a alta do usuário para profissionais da própria instituição.

Caso o usuário necessite de internamento, foi determinado pelo município que ele continue atrelado ao SAD por até dez dias, sendo necessário passar por novo processo de admissão caso esse período seja ultrapassado, para que não seja prejudicada a rotatividade dos leitos dos SAD, como descrito a seguir:

[...] Para que a gente não trave o sistema [...] se o paciente volta em até dez dias a gente recebe o paciente novamente e continua com a atenção normal. Se o paciente passa [...] mais de dez dias no hospital [...] geralmente o paciente não volta com o mesmo quadro, aí a gente precisa de uma nova ficha desse paciente. [...] A equipe vai lá, faz uma visita, manda a ficha, e aí a gente coloca na fila (E3).

A gente tinha um problema muito sério em relação a isso. [...] Não foi uma coisa de cima para baixo, o Município sentou com todos esses prestadores e colocou o problema na mesa e aí através de muitas discussões, de avaliação de como seria estipulado esses dias em cima da questão de saúde e doença, mesmo, foi que a gente viu a necessidade de deixar esses dez dias (E3).

Sobre a possibilidade de encaminhamento direto do nível hospitalar para os SAD, foi verificada inexistência desse fluxo. A demanda aos SAD foi associada exclusivamente à atenção básica e seu trabalho no município na perspectiva de prevenir a hospitalização, e não de promover a desospitalização:

No caso a gente, o SAD Recife, a demanda dele vem totalmente da atenção básica. [...] O hospitalar a gente não tem ligação nenhuma, porque a gente não pega nenhuma demanda. [...] Nunca o hospital pode ligar para a gente ou para qualquer lugar pedindo SAD, e o SAD vai lá no hospital prestar assistência. Não tem como. A gente não faz isso (E3).

Hoje em dia a ideia do SAD é não hospitalizar. O paciente ainda está em casa, aí ele está muito grave, está acamado. [...] A ideia da família é de hospitalizar ele. Aí o SAD vem para isso: não, eu vou ensinar a família a cuidar em casa. Aí ele geralmente é acionado do território mesmo (E1).

Este foi um resultado que divergiu do encontrado por Andrade (2013), ao verificar que a atenção domiciliar possuía uma referência hospitalar imediata em casos de urgência ou emergência, sendo o hospital uma relevante porta de entrada para os usuários de tais serviços. Da mesma forma, divergiu do proposto na Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013 (BRASIL, 2013b), que determina em seu artigo 19, entre as atribuições das equipes responsáveis pela assistência nas três modalidades de Atenção Domiciliar: “apoiar na alta programada de usuários internados em hospitais inseridos no Município no qual atuam, através do estabelecimento de fluxos e protocolos com estes estabelecimentos de saúde.”

Neste panorama, percebeu-se também a dificuldade de construção do trabalho em rede devido ao desconhecimento da forma de trabalho dos SAD no município, como no relato:

Muitas vezes a Atenção Hospitalar demanda pacientes para o SAD [...] porque eles já conhecem o Programa. Só que eles não conhecem ao ponto de saber que eles precisam dar alta para o paciente para domicílio, que com o paciente no domicílio é que a gente vai articular para ver a necessidade de ser chamado ou não para o Programa (E3).

Andrade (2013) encontrou também resultado semelhante a esse respeito, destacado o desconhecimento predominante do papel do Programa de Internação Domiciliar na Rede de Atenção à Saúde. Tal aspecto ressalta necessidade de divulgação e consolidação de saberes a esse respeito, que podem ser implementadas por diversas instâncias na Rede.

Especificamente no que se refere à desospitalização, foi verificada a proposta de implantação, em processo de negociação, de um novo serviço em articulação com nível estadual, tendo em vista prevalência dos hospitais no município neste nível de atenção. Este corresponde ao SOS Emergência, também integrante do Melhor em Casa, do Ministério da Saúde. Nesse caso, o serviço seria ofertado pelo município contando com contrapartida do Estado, na procura por reduzir a ocupação de leitos hospitalares. Conforme relato:

Aí o SOS emergência é justamente esse caminho contrário. O SAD não hospitaliza e o SOS Emergência vem para desospitalizar. Aí vai ter equipe em alguns hospitais que vão avaliando as condições clínicas do paciente mesmo juntamente com a equipe do Hospital e aí, a partir do momento que eles acharem que dá para ele sair, aí eles vão capacitar a família da mesma forma para o paciente ir para casa. Aí sim desospitaliza (E1).

Acerca do acesso a informações sobre a Rede de Atenção à Saúde pelos usuários, foram referidas tecnologias de informação por meio eletrônico, destacando-se a possibilidade de verificação a partir de qualquer computador com acesso à internet, por exemplo, sobre quais os fluxos e protocolos existentes entre os serviços oferecidos no distrito sanitário em que se encontra o usuário.

7.2.2 Controle sobre encaminhamentos e filas de espera

Acerca da prática sistemática de análise dos encaminhamentos, foi verificada sua existência em setor de regulação do município somente no que se refere à solicitação de determinados procedimentos, identificados por instância central ou local como de comum solicitação inadequada. Tais procedimentos, dessa forma, são autorizados exclusivamente por um agente regulador. A esse respeito, destaca-se ainda a percepção da demanda de procedimentos sempre maior que a oferta, como visto a seguir:

[...] Existe o procedimento que é exclusivo do regulador, é daquela lista que a gente sempre identifica que existe – claro, que tudo a demanda é maior que a oferta – mas que a gente começa a perceber que tem encaminhamentos errados, a demanda muito superior, e nem sempre a justificativa qualifica o acesso prioritário (E2).

Em relação aos SAD, foi visto que a prática sistemática de análise dos encaminhamentos não ocorre, sendo realizada a avaliação caso a caso diretamente pelas equipes de atenção domiciliar, juntamente à coordenação distrital, quando da solicitação desses serviços e em conformidade com os critérios do programa.

Infelizmente não tem [prática sistemática de análise dos encaminhamentos] porque ainda a gente está trabalhando com as equipes para que [...] consigam descrever a história do paciente na ficha. [...] A gente viu a necessidade de alterar essa ficha, justamente deixando esse espaço para a Atenção Básica descrever a história do paciente. Hoje a gente ainda tem uma dificuldade, porque eles não descrevem, é uma coisa que estava arraigada (E3).

Quanto ao monitoramento das filas de espera, foi identificada a existência de uma instância central no município voltada para este fim e relacionada à sua gerência de regulação, além da fila gerada no próprio sistema. Dessa forma, é feito monitoramento diário através do

cruzamento das informações entre a fila de serviços regulados e a fila de espera, verificando-se informações como a quantidade de serviços solicitados e agendados, quais Unidades de Atenção à Saúde utilizam ou não a fila de espera, entre outros, além da investigação ao final do mês sobre o que foi autorizado e o que está com pendências. Uma dificuldade relatada a esse respeito foi acerca do acesso às informações sobre o absenteísmo aos serviços da rede própria do município:

A rede própria tem uma dificuldade com as Unidades que cheguem lá e confirmem que o paciente realmente foi atendido. Já no prestador, não. Os prestadores sabem que se não fizer aquilo ali eu posso questionar o pagamento (E2).

No que se refere às vagas ofertadas para os SAD, verificou-se que atualmente há fila de espera, organizada conforme classificação de risco. No entanto, houve divergência quanto à existência ou não destas filas em todos os distritos. Foi observada ainda que o monitoramento dessas vagas é realizado pelas próprias coordenações central e distrital dos SAD, sem interferência da gerência de regulação, e que há associação entre a formação de filas de espera e a programação de alta de usuários admitidos, como apontado por dois entrevistados:

Não existe um sistema mas elas [coordenação central] fazem. Cada coordenação de cada distrito vai fazendo, vai sinalizando a sua fila, dizendo: a gente precisa de mais uma equipe porque a gente já está com a quantidade de pacientes grande (E1).

A coordenação distrital, um dos papéis também é estar fazendo esse monitoramento da fila de espera da seguinte forma: entra em contato frequentemente com a Atenção Básica pedindo que ela continue visitando o paciente, que ela chame o SAD para dar as orientações ao paciente até o momento que a gente consiga uma vaga [...] E do outro lado a gente fica pressionando o prestador a dar alta aos pacientes que estão aptos a irem para a alta. [...] Que a gente vê que, realmente, já têm condições de ir na atenção básica, para poder fazer a rotatividade dos leitos (E3).

Da mesma forma, no que se refere ao sistema de estratificação de risco dos usuário, foi relatada existência de protocolo específico adotado pelo município em seu processo de regulação de vagas. Entretanto, os SAD não se enquadram nesse sistema, sendo sua organização feita a partir das coordenações dos serviços, considerando as seguintes prioridades de inclusão no serviço, definidas a nível municipal: cuidados paliativos

exclusivos; sequela de Acidente Vascular Cerebral recente (até seis meses); trauma raquimedular / trauma cranioencefálico recente; ferida operatória necessitando de curativo; úlcera por pressão infectada em paciente clinicamente estável; uso de antibiótico parenteral em dose diária; úlcera por pressão múltiplas; fratura (pós-operatório).

Percebeu-se, dessa forma, a descentralização do processo de controle sobre encaminhamentos e filas de espera para os SAD no município, com deslocamento de seu gerenciamento para as coordenações e as próprias equipes do serviço. Isto foi ressaltado também pela não ciência de como se dá essa dimensão por parte de alguns dos entrevistados.

Souza (2012), ao analisar a integralidade, a partir de narrativas de usuários, afirma que a questão dos encaminhamentos é atualmente relevante devido à inefetividade da integralidade, contribuindo ainda para a fragmentação do cuidado na medida em que, com o encaminhamento, os profissionais transferem a responsabilidade para o usuário ou o sistema para o alcance de tal encaminhamento. Assim, os encaminhamentos teriam menos relevância caso houvesse maior comunicação entre os profissionais dos diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde, de maneira menos burocrática e mais configurada na comprovação da necessidade.

7.2.3 Articulação dos SAD com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde

Foi unânime o relato da Atenção Básica, através da ESF e do NASF, como principal componente da Rede com quem o SAD se articula, sendo descritos como “pontos de apoio” dos SAD os distritos e Unidades de Saúde da Família correspondente. Porém, foi referida dificuldade em se estabelecer tal articulação, como visto a seguir:

[...] A integração do SAD no início foi bem difícil, por conta da logística das equipes. As equipes estão lotadas dentro dessas Bases Hospitalares [...] e quando elas vão para a assistência dos pacientes elas não passam na Atenção Básica, não passam na Unidade de Saúde, então acabam se distanciando um pouco da Atenção Básica, dos profissionais [...] ela não tem essa necessidade que o NASF tem de passar na unidade, pegar o prontuário do paciente e ir pra casa do paciente, o que dificulta a interação desses profissionais com a Atenção Básica (E3).

[...] Quando eu entrei era assim [a relação entre o SAD e as equipes de Saúde da Família e Atenção Básica]: era de boicote. Não manda a ficha para o SAD porque não vai dar certo. Não rola. [...] Precisa melhorar bastante, como eu disse, mas é um processo (E3).

Além disso, houve percepção de que o papel que cada serviço exerce não está bem claro nessa relação. Um exemplo se refere à necessidade de continuidade de acompanhamento por parte da atenção Básica após a admissão do usuário no SAD, além do compartilhamento do prontuário à nível domiciliar e da relação de pacientes a serem atendidos pelo NASF ou SAD:

O profissional da Atenção Básica tem que fazer visita àquele paciente, mesmo que ele esteja no SAD. [...] Por isso a gente pede para que eles coloquem no prontuário que eles visitaram a casa, encontraram o paciente assim, alguma intercorrência que teve, algum procedimento que eles fizeram no momento, entendeu? [...] Para comprovar que eles realmente não abandonaram o paciente e 'jogaram nas coxas' do SAD, que eles estão juntos ali para dar assistência ao paciente (E3).

Porque quando a gente der alta a esse paciente, eles precisam saber o que aconteceu com esse paciente, [...] para podermos dar uma continuidade linear à essa evolução e esse paciente não regredir e voltar aos cuidados do SAD. [...] Até porque o paciente é adscrito da unidade, é do território, a responsabilidade é solidária do território e daquela equipe (E3).

[...] tinha pacientes que o NASF estava que era de SAD e pacientes que o SAD estava atendendo que era de NASF (E3).

Andrade (2013) encontrou resultado semelhante, apresentando como desafios inerentes à articulação em rede, apresentados por profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar, os seguintes: dificuldade de articulação com a atenção primária; desresponsabilização dos serviços e profissionais pelo usuário; deficiência de comunicação entre os serviços; desequilíbrio entre demanda e oferta; e as práticas gerenciais em serviços de saúde.

Quanto à atenção especializada e de apoio, não foi verificada existência de articulação formalizada com os SAD. A Atenção Básica e o nível distrital nesse ponto correspondem a um canal de comunicação entre os serviços, onde pode ser feita solicitação de serviços via Sistema Nacional de Regulação (SISREG), *software* disponibilizado pelo Ministério da Saúde para gerenciamento do processo de regulação.

Já quanto aos serviços de urgência e emergência e hospitalares em geral, houve divergência nas informações obtidas com os entrevistados acerca da possibilidade ou não de articulação direta entre os SAD e o restante da rede nesses casos. Não foi detectado vínculo

formal de articulação com os SAD, entretanto viu-se a possibilidade de pactuação quando da necessidade de oxigenoterapia. Quanto à atenção hospitalar, foi destacada ainda a não existência de leito reservado para os SAD.

Tem que ser pela família mesmo porque o SAD ele fica acompanhando [...] eu acho que ele tem uma rotina de visitas, um cronograma. [...] Como é um serviço estadual não existe muito essa pactuação não, vai como uma pessoa normal mesmo [...] e é acionado o SAMU e levado para uma unidade mais próxima (E1).

O Estado, a gente tem até alguma integração em relação a alguns serviços que a gente não disponibiliza no programa. Que é um paciente que precisa de uma oxigenoterapia no domicílio [pausa] Então a gente tem que encaminhar esse paciente para um hospital do estado [...] para tentar pleitear esse equipamento, a manutenção desse equipamento no domicílio (E3).

Os resultados levaram à observação da dificuldade na articulação entre os entes federativos, de forma a serem oferecidos serviços que compõe aparentemente redes paralelas entre município e estado e entre os próprios SAD e os atores com quem interage. Andrade (2013) encontrou resultado semelhante, ressaltando que, apesar da necessidade de integração e articulação entre os diferentes pontos da Rede de Atenção Saúde para que se alcance atendimento integral e resolutivo, identificou-se predomínio da desarticulação entre eles.

Como afirmam Wodchis, Williams e Mery (2014), a realização de prestação de serviços mais integrada é resultado de uma gama complexa de influências e processos que ocorrem simultaneamente em níveis diferenciados ao longo do tempo. A fragilidade observada na relação entre os vários pontos da Rede e as barreiras postas para a inserção dos mecanismos de integração na rotina dos SAD exemplificam tal afirmação.

7.3 Mecanismos de integração

Este tópico se propõe a descrever resultados e discussão referentes aos mecanismos de integração entre os SAD e a rede de serviços de saúde, subdividido em três dimensões: instrumentos para continuidade informacional; ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários; e regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde.

7.3.1 Instrumentos para continuidade informacional

Dentre os mecanismos de integração inseridos na Rede de Atenção à Saúde do Recife, um dos principais instrumentos relatados para continuidade informacional foi o SISREG, por onde é feito gerenciamento do processo de regulação pela rede municipal, conforme relato:

A rede é mais ou menos informatizada. Não sei qual é o percentual hoje mas eles, para a parte de exames e consultas, eles tem acesso ao SISREG. E tudo que é regulado no Município hoje é via SISREG, que ele é do Ministério da Saúde o sistema. Aí na unidade mesmo, tem muitas delas que são informatizadas lá mesmo, que o médico encaminha para um especialista, ele acessa e agenda de lá mesmo ou então da Policlínica, se não tiver lá no PSF (E1).

Como visto, para uso do SISREG é necessário que o serviço possua computador conectado à internet, o que ainda se constitui como uma barreira no município, pois existem locais sem possibilidade de cobertura e é frequente queda ou lentidão do sistema nos locais que o tem. Ainda assim, foi relatado que cada Unidade tem ao menos um operador.

Apesar de ter sua função voltada para a regulação, esse *software* permite visualização de informações dos usuários que possuem cadastro no SUS, em quais serviços ele teve agendada consulta ou quais exames foram marcados, onde e quando, compondo um histórico individual de marcações. Entretanto, vale salientar que isto se refere apenas ao serviço ou exames cadastrados no sistema e que não é possível confirmar se o usuário compareceu ou não à consulta em todos os casos, impossibilitando que se acompanhe o percurso do usuário na rede, exceto por contato direto com ele ou demais serviços. Além disso, os SAD não estão inseridos no sistema, assim como outros serviços da rede, e suas equipes não têm acesso direto às informações do SISREG, o que dificulta sua aplicabilidade.

Outro meio de continuidade informacional identificado foi a Ficha de Solicitação Ambulatorial padrão do município, a ser preenchida manualmente. Esta ficha é utilizada para encaminhamento dos usuários para os serviços oferecido pelo município, além da autorização dada pelo SISREG. Nela estão presentes dados de: identificação da unidade solicitante e do usuário do SUS, consulta/atendimento/exames solicitados, justificativa de solicitação, autorização/agendamento e acolhimento e conduta na unidade executante. Este instrumento foi dado como meio utilizado para referência entre os serviços, entretanto de baixa aplicação

prática nesse sentido. De acordo com relato, foi identificado pela gestão baixa adesão dos profissionais médicos no preenchimento e detalhamento dos tópicos, gerando subutilização de vários desses campos. Dentre eles estão os dados burocráticos do sistema e de acolhimento e conduta na unidade executante, associado por ator entrevistado à função de contra referência. A nível central, não se soube dizer se o encaminhamento para os SAD é feito a partir deste instrumento, mas para que os SAD realizem solicitação ambulatorial no município deve ser a partir desta Ficha de Solicitação. Entretanto, como afirmado por outro entrevistado:

Os prestadores não têm como usar aquela ficha, entendeu? Porque os serviços são contratualizados, então eles têm que usar a ficha deles. [...] Quando necessita de um profissional de especialidade que o município disponibiliza, o que a gente faz? A gente tenta articular o médico da atenção básica para transcrever o que o médico do SAD disse para aquele formulário, para aquela ficha padrão. Só entra no SISREG se for por aquela ficha padrão (E3).

Ainda sobre a Ficha de Solicitação Ambulatorial, dentro do campo justificativa de solicitação, existe um quadro para preenchimento da classificação de risco adotada pelo município. Tal classificação está contida também no SISREG e está descrita em um protocolo próprio de acesso à rede de serviços ambulatoriais e conforme relatado, foi construída a partir de discussão entre técnicos, profissionais e outros atores. Entretanto, os entrevistados não souberam responder se houve participação popular.

A esse respeito, Wodchis, Williams e Mery (2014), ao realizarem estudos de caso com programas exemplares de cuidados integrados, em sete países (Canadá, Estados Unidos, Austrália, Nova Zelândia, Reino Unido, Suécia e Holanda), detectaram que alguns exemplos de cuidados integrados têm muito de sua integração funcional facilitada através de TIC totalmente acessíveis, embora muitos tenham tentado implementar sistemas de informação vinculados ou compartilhados.

Em relação à existência e efetividade do uso de instrumentos de referência e contra referência ou outras TIC que favoreçam a continuidade dos serviços foi relatado, além da Ficha de Solicitação Ambulatorial, foi dado o uso do Telessaúde como uma ferramenta, que no momento seria bastante incipiente no município. Além dele foi citado também o SISREG como instrumento favorável à continuidade dos serviços.

Nesse sentido, Andrade (2013) encontrou também em sua pesquisa, como oportunidades inerentes à articulação em rede, apresentados por profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar, as práticas de referência e contra referência, integração com outros serviços por meio de contato telefônico, emissão de relatórios de alta e práticas de intersetorialidade. Entretanto, no que se refere à referência e contra referência, Souza (2012) evidenciou falha nesses sistemas, ressaltando seu caráter apenas de controle de demanda e não de responsabilização pelo usuário.

Acerca da emissão de relatório de alta, nesse estudo foi percebida também sua prática por parte das equipes dos SAD através de instrumento que relata separadamente a alta resumida dada por cada profissional do SAD que acompanhou o paciente, buscando continuidade no cuidado. Destacou-se, também, falha no processo de referência e contra referência, como visto a seguir:

[O SAD] viu a necessidade de o paciente ser hospitalizado, solicitou e tudo o mais, disse qual era a necessidade do paciente ser hospitalizado, mandou junto com o prontuário do paciente tudo o que foi feito, evoluções e tudo. O paciente vai ser hospitalizado no local onde conseguiu a vaga. Então quando ele sai do hospital, ele sai sem nada. Aí [...] pega o paciente às cegas, porque não sabe o que foi feito com o paciente e muitas vezes o paciente também não sabe o que foi feito. Quais foram as medicações que foram tomadas (E3).

Não foi identificado instrumento formal de compartilhamento da história clínica dos usuários nem foi observada adoção de prontuário eletrônico pela Rede de Atenção à Saúde do município como um todo. Foi relatado a esse respeito a existência do sistema e-SUS em todas as Upinhas do município e uma Unidade de Saúde, além da possibilidade do uso de sistemas próprios de cada prestador de serviço, mas não um meio de compartilhamento de informações sobre os usuários entre toda a Rede. Foi narrado também que a gestão tem a proposta de implantação do e-SUS em todas as Unidades de Saúde do município e que isto seria um grande ganho para a Rede, mas que depende de vários fatores, como questões burocráticas, decisão administrativa, questões técnicas tanto do município quando do serviço terceirizado de acesso à internet, entre outras.

Acerca da implantação e efetividade de uso de protocolos clínicos e planejamento da assistência, foi relatado o uso de protocolos clínicos e de acesso na gerência ambulatorial e hospitalar, seguindo estratificação de risco. Alguns exemplos pontuais são os protocolos em

reumatologia, implantado em 2012, e os clínicos estabelecidos na implantação da regulação em 2006, mas que são pouco trabalhados, sendo os critérios, em sua maioria, dados pelos próprios médicos. Da mesma forma existem os protocolos de acesso próprios de alguns serviços e os determinados pelo Ministério da Saúde. Entretanto, com relação ao uso de protocolos pelos SAD, foi dada uma visão diferente deste aspecto:

A gente deixou livre para cada hospital utilizar o seu protocolo clínico que é utilizado dentro do hospital. Até porque o município não disponibiliza protocolos clínicos porque não tem unidades hospitalares. Então cada hospital pode utilizar seus protocolos clínicos para Assistência ao paciente (E3).

Além dos instrumentos já citados, estiveram presentes nas entrevistas relatos de reuniões entre diferentes atores e serviços componentes da rede como uma forma de continuidade informacional. Um exemplo são as reuniões que foram realizadas entre a coordenação dos SAD, médicos da supervisão ou regulação (especialistas), entre outros sujeitos, para a delimitação do perfil dos SAD a serem ofertados em Recife e construção do projeto que propôs implantação deles no município. Outro exemplo são as reuniões de monitoramento trimestrais ou semestrais para acompanhamento dos serviços conveniados com o município como um todo, entre a Secretaria Executiva de Regulação em Saúde, a assistência e o prestador. Há ainda reuniões mensais das microrregiões, em que a gerência de regulação participa levando informações sobre a rede. Especificamente envolvendo os SAD, foram relatadas ainda reuniões bimestrais entre a coordenação e os prestadores do serviço, reuniões também bimestrais para estudo de casos, reuniões bimestrais ou trimestrais de Integração entre NASF, SAD e Atenção Básica, reuniões administrativas semanais nas Unidades de Atenção Básica, entre outras.

Sobre esses momentos de encontro entre atores de diferentes pontos das RAS envolvidos no cuidado, Sena (2007) verificou que se fazem necessários para plenitude das modalidades de cuidado domiciliar a abertura das “portas de diálogo” entre tais atores, além da conciliação de interesses de prestadores e usuários e a construção de espaços compartilhados de gestão.

7.3.2 Ferramentas de participação ativa e autogestão dos usuários

Primeiramente, percebeu-se durante as entrevistas dificuldade de entendimento sobre essa variável da pesquisa no que se refere ao conceito de autogestão e que ferramentas o incluem. De acordo com Koch *et al.* (2004), o termo *self-management*, traduzido neste trabalho como autogestão, começou a ser utilizado na década de 60 caracterizando a participação ativa dos pacientes em seu tratamento. Balduino *et al.* (2013), ao realizar análise conceitual, percebeu que em se tratando de autogestão em saúde, o termo “autogestão” é mais utilizado no campo da Medicina, sendo mais usual o uso do termo autocuidado com o mesmo sentido pela enfermagem no Brasil. Para estes autores, o conceito de autogestão é “Um processo dinâmico e ativo, requerendo conhecimento, atitude, disciplina, determinação, comprometimento, autorregulação, empoderamento e autoeficácia, a fim de gerir a doença para o alcance de um viver saudável.”

Dessa forma, foi relatada em geral a não existência no município de TIC ou ferramentas que permitam acompanhamento e participação ativa dos usuários na autogestão do cuidado, de forma a facilitar a voz ativa destes nas decisões a respeito de sua saúde. A esse respeito se destacou, em sua maioria, apenas o estímulo ao desenvolvimento de corresponsabilização do cuidado por parte dos serviços e profissionais com que os usuários e seus familiares ou cuidadores se relacionam diretamente, promovendo o que foi compreendido como autocuidado. Um exemplo desta visão e da aproximação entre os conceitos de autogestão e autocuidado é dado a seguir, como também a importância de familiares e cuidadores no cuidado:

[...] O SAD trabalha muito a questão da autogestão da saúde. Ele orienta a família e o próprio usuário ao autocuidado, a promover seu autocuidado. Até porque o SAD é uma equipe que não vai estar lá todos os dias. Então ele corresponsabiliza tanto o usuário quanto o cuidador a estar sendo responsável pela sua melhora, pelo seu cuidado. Então existe essa parte do usuário poder administrar sua própria evolução [...] (E3).

Porque a ideia do SAD é capacitar a família para fazer aqueles cuidados. Ela está ali mas ela está ensinando aquele parente que cuida a fazer aspiração, fazer o que ele precisa fazer em casa. Aí dá autonomia para a família cuidar do acamado (E1).

O envolvimento direto de usuários oferece oportunidades para aumentar a autogestão do cuidado, de forma que detêm o poder de voltar o foco para as prioridades identificadas quanto à própria saúde. Wodchis, Williams e Mery (2014) destacam que em todos os programas estudados foi evidente que o cuidado centrado no paciente, permitindo gerenciamento de cuidados de forma coordenada entre fornecedores e locais de atendimento, foi a base para que programas de cuidado integrado garantissem a integração entre os serviços. Os autores afirmam que o sucesso é alcançado com uma boa comunicação e relação entre quem presta e quem recebe o cuidado, mas que é um processo que demanda tempo na construção do capital social, identificação e registro dos usuários, organização dos serviços, fomento da confiança entre os prestadores de serviços para só então serem visualizadas mudanças tangíveis no sistema, como redução de custos.

Ao se questionar mais sobre o tema e na discussão sobre outras variáveis, foi percebido que, além da relação direta do usuário e seus familiares ou cuidadores com os serviços e profissionais, são utilizados no município alguns meios de participação ativa e autogestão, como: ferramentas informacionais e de comunicação que permitem acompanhamento por parte do usuário de solicitações de consultas ou exames; e ferramentas de comunicação dos usuários com o nível central do município por meio eletrônico, telefônico ou presencial.

Quanto ao primeiro tópico, o acompanhamento de solicitações de marcação de consultas ou exames é feito mais comumente através de acesso à Unidade Básica de Saúde ou via agentes de saúde da família no território, o que diminui a participação do usuário nesse processo e aumenta a possibilidade de falha na transmissão da informação. No entanto, conforme relatado, há atualmente em Recife o mecanismo de comunicação direta dos usuários com o setor de regulação para solicitar informações a esse respeito por meio de *Call Center*, com proposta de implantação de um número 0800, como visto a seguir:

A gente pensa que quando o usuário, ele tem mais acesso à informação, ele pode nos ajudar. A gente descobriu que muitas Unidades tinham dificuldades em pegar informação no Sistema de Marcação e repassar pros usuários. Então [...] o paciente vai poder ligar [...] e dizer “ó, minha consulta que eu pedi assim, vê aí se tá marcada” (E2).

Além dessa possibilidade, ainda no primeiro tópico, outro mecanismo informacional no município ocorre pelo envio de mensagem para o telefone celular do usuário confirmando

marcações de suas consultas ou exames. Nesse ponto, houve divergência nas entrevistas sobre a implantação desse recurso estar em processo a partir de amostra da população ou já abranger todos os usuários com telefone cadastrado no município.

Com relação às ferramentas de comunicação dos usuários com o nível central do município, foram referidos meios eletrônico, telefônico e presencial de acesso. Quanto ao meio eletrônico, foi citado o “Recife Responde”, sistema que monitora o que é dito a respeito dos serviços do município nas redes sociais, jornais, mídia falada e escrita, destinado a receber sugestões, tirar dúvidas ou registrar reclamações dos usuários.

Sobre o meio telefônico, além dos já citados anteriormente, foi destacada importância da ouvidoria no processo de participação dos usuários, norteador tanto serviços privados como de rede própria. Apesar do acesso à internet ou telefone não estar disponível à toda a população, essas são propostas que proporcionam maior número de meios para que a população tenha conhecimento sobre a rede de saúde e como está nela inserida, facilitando seu questionamento sobre o funcionamento do sistema e trânsito entre os diferentes serviços e gerando recursos para a prática da autogestão.

Por fim, no quesito presencial, destacou-se o “Recife Participa”, ferramenta destinada a todos os territórios abrangendo vários setores do governo municipal. Nesses encontros, de acordo com entrevistados, membros da gestão se colocam à disposição para discutir pessoalmente temas trazidos pela população, podendo ser realizada por distrito de saúde, Unidade de referência, entre outros locais, conforme necessidade observada.

Especificamente no que se refere aos SAD, outra ferramenta exposta nas entrevistas foi o prontuário em domicílio. De acordo com relato, cada paciente admitido pelo serviço tem também como recurso de autogestão uma versão espelho de seu prontuário, presente constantemente em sua residência. Conforme relato, este corresponde a um prontuário compartilhado, com possibilidade de ser regularmente atualizado não só pelas EMAD’s ou EMAP’s, mas também pelas Equipes de Saúde da Família:

Da mesma forma exames especializados, internamentos, tudo isso fica no prontuário do paciente, até porque é um prontuário compartilhado. Por que a gente diz compartilhado? Porque todo mundo da Atenção Básica até o ACS têm acesso ao prontuário e pode escrever no prontuário (E3).

Com relação ao prontuário clínico, Medeiros (2013) considera como um importante instrumento de coordenação assistencial, ressaltando que se trata de uma fonte documental que inclui atividades de assistência, acompanhamento e controle administrativo e jurídico das atividades assistenciais. Correspondendo ainda, conforme a autora, um elemento de comunicação entre vários serviços de saúde e entre a instituição provedora da assistência e os usuários, como visto no caso do prontuário presente no domicílio dos usuários dos SAD.

7.3.3 Regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede de Atenção à Saúde

Foi verificada existência de instâncias municipal e estadual responsáveis pela regulação e controle de vagas, com sistemas independentes de funcionamento. No município do Recife esse processo se dá através do SISREG. Apesar de os SAD serem ofertados por esta esfera de governo, tem sua regulação e controle de vagas feita à parte do sistema e controlado pelas coordenações do serviço, principalmente através de contato direto com os prestadores dos SAD e equipes da Atenção Básica, como percebido no relato seguinte:

[...] Tem uma pasta separada de pacientes que estão aguardando ser visitados, que estão internos, que estão de alta, que foram a óbito e que não foram internos, que não foram inclusos. Eles [prestadores] informam previamente à Atenção Básica porque o paciente não foi interno, e aí mandam um relatório de não inclusão para [...] anexar à ficha do paciente. Então isso fica tudo arquivado dentro do distrito. Aí, semanalmente, eles mandam, atualizado (E3).

Dessa forma, os SAD têm estabelecidas referências diretamente com as Equipes de Saúde da Família e NASF, de acordo com sua distribuição nos distritos de saúde do município, como visto a seguir: “Então eles são referência para determinadas unidades. [...] eles ficam um tempo nas unidades, eles tem momentos de troca” (E1). O mesmo não ocorre em sua relação com o restante da rede, com quem o serviço não possui referências formais. Como relatado em uma das entrevistas, “O SAD é uma coisa que se resolveu e está lá. Deveria ter uma comunicação mais próxima, a gente sabe que não tem” (E2).

Apesar de o município possuir uma Gerência de Redes e Fluxos responsável por esse processo, o referenciamento do SAD não passa pelo setor. Dentro da Secretaria Executiva de

Regulação em Saúde foi relatado que quem se relaciona com os SAD são a Gerência de controle e Avaliação e a Gerência de Contratos e Informações Estratégicas, devido à questões de monitoramento dos serviços e contratualização, tendo em vista que são oferecidos através de contrato com hospitais filantrópicos. Vale ressaltar a esse respeito que o organograma especificando Secretarias e Gerências havia mudado há pouco tempo quando das entrevistas e tinha sofrido já outras mudanças em curto período de tempo, o que dificultou a caracterização destes pelos entrevistados e entrevistadora.

A Portaria 963/GM/MS, de 27 de maio de 2013, (BRASIL, 2013b) determina, dentre as diretrizes da atenção domiciliar, que esta deve “Estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda” e “Ser estruturada na perspectiva das RAS, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial”. Dessa forma, há divergência na prática quanto ao relacionamento que se estabelece no município entre os SAD e o sistema de regulação com os demais pontos da rede. Vale destacar ainda que Andrade (2013) encontrou resultado semelhante no que se refere à segmentação da Rede de Atenção, com a atenção domiciliar sendo considerada “algo à parte do restante dos serviços”.

Sobre a solicitação pelo SAD de consultas ou exames via SISREG, como dito em entrevista “Não tem essa prática. Eu não sei se em outro Município ou Estado existe. Aqui a gente não faz não” (E1). Assim, por não possuírem acesso direto ao SISREG ou sistema de regulação do Estado, as equipes EMAD e EMAP se utilizam de outros meios para solicitação de consultas, exames, leitos e afins. Três deles foram citados nas entrevistas: o primeiro é a solicitação de serviços que sejam regulados neste meio por parte equipes de atenção básica ou instância superior, como a coordenação distrital; Outra forma existente é a solicitação através de contato direto com a coordenadora responsável pela regulação ambulatorial no município; Uma terceira abordagem é através da própria instituição a que o SAD está vinculado, sendo feita a marcação internamente pela proximidade do SAD com a filantrópica prestadora daquele serviço, sem vínculo formal.

Corroborando com a primeira alternativa apresentada acima, Andrade (2013) verificou que para se ter acesso à serviços especializados o usuário da atenção domiciliar necessitava de acesso aos serviços de Atenção Primária, para então ser encaminhado. Da mesma forma, Mendes (2011) destaca que nos serviços de atenção secundária componentes de uma rede têm acesso a partir do referenciamento dado pela Atenção Primária, exceto em casos de urgências e emergências.

Já sobre a terceira abordagem, foi relatada sua deficiência quando da solicitação de leitos, pois nesses casos foi destacada a necessidade de regulação. Já a realização de consultas e exames foi abordada como comum. No entanto, este processo se dá de forma diferenciada entre as prestados dos SAD devido à abrangência dos serviços que dispõe, o que leva alguns a terem maior necessidade de aproximação da rede:

[...] O intuito desse programa ser realizado através de prestador era a gente ter uma retaguarda desses prestadores. Só que como todos os leitos dos hospitais são regulados, seja pelo estado ou pelo município, a gente trava nessa parte. Tem que ser regulado. Todos os pacientes, podem estar no SAD ou qualquer outro programa, têm que passar pela regulação para poder conseguir o internamento e até uma consulta de um especialista também. Então a gente [...] tem conversas frequentes, para que quando o SAD solicitar tenha mais agilidade no processo (E3).

[...] Ele [prestador] cobre uma parte da Assistência e muitas outras coisas, ele não tem. Ele pede para a gente como Município, e aí o Município, para não deixar o paciente limitado, a gente vai e executa (E2).

Sobre a organização da regulação e marcação ambulatorial, de consultas e exames especializados e de apoio, estão em sua maioria sob responsabilidade do município, que gerencia tal processo a partir do SISREG. O sistema, conforme relatado por um dos entrevistados, possui a oferta do município incluindo rede própria e complementar (privada e filantrópica), tanto p/ áreas cobertas como descobertas da atenção básica, através de unidades de referência. Não inclui, além dos SAD, por exemplo, alguns convênios com serviços de fisioterapia e o médico de saúde da família na atenção básica. Acerca da oferta de serviços para usuários de áreas descobertas, houve divergência neste aspecto, ao ser afirmado o seguinte:

[No caso de área descoberta] Aí tem que articular estadual, mesmo. Tem que ligar para a regulação estadual e conseguir pelo estado. Até porque o paciente de área descoberta não está ligado a nenhuma unidade, entendeu? Então por isso que não tem como, pelo SISREG, eu conseguir... Só dentro das Policlínicas (E3).

No sistema são disponibilizadas as vagas dos prestadores e horários e datas para marcação para toda a cidade e alguns outros municípios do Estado, conforme Programações

Pactuadas Integradas (PPI) estabelecidas. Um aspecto levantado neste ponto foi sobre a necessidade de capacitação e treinamento dos operadores do *software*, tendo em vista resultado negativo em avaliação destes, o que pode comprometer o uso do sistema. A determinação de que solicitantes terão acesso à que vagas e cotas pré-estabelecidas no SISREG é feita pela Gerência de Redes e Fluxos.

A nível municipal, a Gerência de Redes e Fluxos tem como propósito inicial a articulação e construção do fluxo através da rede, tendo participação de outras gerências nessa articulação. Ela trabalha o acesso dos usuários entre os níveis e regular o acesso do da atenção primária para os centro de saúde ou policlínicas e desse nível para os hospitais ou da atenção básica diretamente para o nível terciário. Como alguns territórios não têm serviços de especialidade, não passam por esse sistema, indo diretamente para um hospital complementar.

Alguns serviços são ofertados ainda através de um sistema criado pelo município com o intuito de proporcionar maior controle sobre aspectos físico e orçamentário para solicitações de exames como os de patologia ou imagem, por exemplo. Entretanto, parte das solicitações a esse respeito não passam por tal sistema, sendo necessário um cruzamento de informações para contabilidade de oferta. No sistema em questão são emitidas etiquetas com uma sequência lógica de referência e distribuídas considerando um esquema de cotas nas Unidades de Saúde da Família, como descrito a seguir:

E tem uma parte que é muito volume que realmente é meio complicado de regular: laboratório... e ainda não tem dentro do sistema não, mas isso já mudou muito. [...] Eles têm umas etiquetas que tem uma numeração que autoriza. E cada laboratório ele já sabe que tem um número 'X' de cotas e ele vai recebendo o paciente com aquela etiqueta (E1).

Quanto à organização da regulação e controle de vagas em urgência e emergência, no município há o controle central dos serviços de Pronto Atendimento mas quando há necessidade de um serviço de maior complexidade, recorre-se às Unidades de Pronto Atendimento ou hospitais, cuja gestão é estadual e regulada nessa instância. Não há pactuação para que serviços de urgência e emergência sejam referência e a solicitação do SAMU é uma prática indicada nesses casos. A não referência nesse ponto foi dada como algo banalizado: “É, é aquela história, é normal não ter uma referência certa não” (E1). Entretanto, percebeu-se possibilidade de agilização do processo pelos SAD:

[...] O SAD pode entrar em contato com o SAMU, que já é previamente avisado que o programa vai solicitar eles quando necessitar, numa urgência. Então o próprio SAD, se visualizar uma intercorrência dessa, liga diretamente para o SAMU. Liga também para a regulação e pede uma senha como médico, que consegue mais rapidamente. [...] Informa ao médico regulador do que está acontecendo com o paciente e aí o médico regulador dá a senha para o lugar que tem a vaga (E3).

Já acerca da organização da regulação e controle de leitos e internações, é feita pela gestão estadual através de um sistema terceirizado. Foi dito que enquanto Recife não assume a primeira Gerência Regional de Saúde, por ser de gestão plena, atua com pactuação com o Estado, tendo acesso também a serviços gerenciados por ele através de autorização via SISREG. Este corresponde a um processo informatizado e alguns dos serviços trabalham com protocolos e têm traçado o perfil de cada hospital, quantidade de leitos, entre outras informações. Como descrito:

Tem uma regulação hospitalar lá que aí vai, pegam pacientes do Estado inteiro, e vêem qual é o perfil daquela pessoa, para que Hospital Estadual ele vai ser regulado, tendo vaga. Aí esse nossos também solicita o encaminhamento, se ele chega num nível que não tem complexidade para atender, a gente solicita ao Estado que seja transferido para algum Hospital para que seja atendido (E1).

Finalizando sobre a regulação e controle de vagas e formalização dos serviços de referência da Rede, a Portaria 963/GM/MS ressalta que deve ser descrita a forma de inserção dos SAD na Rede de Atenção à Saúde, incluindo a sua grade de referência, de forma a assegurar retaguarda de especialidades, métodos complementares de diagnóstico, internação hospitalar e remoção do usuário dentro das especificidades locais (transporte sanitário, SAMU 192, serviço de atenção móvel às urgências local). Entretanto, como visto neste tópico, essa não é uma prática no município caso.

Para Wodchis, Williams e Mery (2014), a maioria dos programas de atendimento integrado de sucesso têm origem no nível micro e foco na coordenação de serviços para os usuários individualmente, enquanto sistemas organizacionais e funcionais de integração podem sustentar iniciativas frágeis. A integração organizacional em especial, conforme Curry e Ham (2010), requer uma grande quantidade de tempo e esforço e não necessariamente leva à experiência de cuidado integrado pelos usuários do serviço, considerada fundamental pelos

autores. Já a integração funcional, com a partilha de registros de saúde do paciente, por exemplo, não garante por si só que haja integração profissional ou de serviço.

Isso traz a discussão sobre os processos e níveis da integração, a partir da indagação sobre a necessidade de um processo “bottom-up” através do desenvolvimento de intervenções específicas em nível micro para que se alcance êxito no desenvolvimento de cuidados integrados. Nesse caso a integração do tipo profissional, funcional, organizacional e de sistema viriam como consequência e não como causa, podendo nem mesmo ocorrer. Vale salientar também que a integração a nível macro e político é tida como rara.

Os autores acrescentam que modelos fortes de integração clínica surgiram sem níveis superiores de integração nos níveis de sistema, organizacional ou mesmo funcional. Há um consenso de que a integração é prioritariamente “bottom-up”, mas que os apoios sistemáticos, tais como a implementação de registros eletrônicos compartilhados de saúde, e apoios financeiros para a integração de atividades (como caso-conferência) e funções (como coordenadores de cuidados) são fatores “top-down” que permitem viabilidade e crescimento de modelos de cuidados integrados.

8 CONCLUSÃO

Neste trabalho, na perspectiva das estratégias e instrumentos de integração inseridos na Rede de Atenção à Saúde, foi observado que aqueles empregados atualmente abrangem os SAD de forma superficial. O fato de se tratar de um serviço estabelecido há poucos anos e que traz uma abordagem nova à rede pode ter influência nesse fator, assim como sua administração feita por rede complementar.

Percebeu-se que a articulação desses serviços se deu principalmente com a Atenção Básica, havendo barreiras estabelecidas em sua relação com o restante da Rede de Atenção à Saúde do município, o que sugere a formação de redes paralelas entre município e Estado e entre os SAD e as instituições por quem são prestados. Foram observadas ainda divergências nas informações oferecidas por alguns atores, demonstrando falha na integração organizacional.

Ressalta-se a necessidade de intervenções voltadas à garantia da atenção integral, bem como a importância de iniciativas de divulgação e consolidação dos saberes a respeito dos SAD, proporcionando apropriação pelas diversas instâncias envolvidas em sua atuação, desde os componentes da Rede até os próprios usuários.

A partir das limitações e resultados observadas nesta pesquisa, surgiram novos questionamentos envolvendo o tema, o que incita a realização de pesquisas futuras. Sugere-se, dessa forma, aprofundamento a partir de estudos que investiguem a eficiência e eficácia dos mecanismos encontrados, bem como que incluam o olhar dos profissionais atuantes nos serviços estudados e dos usuários admitidos pelos SAD, de forma a garantir uma visão mais abrangente da integração entre tais serviços e a Rede de Atenção à Saúde em Recife/PE.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, P. F. *et al.* Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 286–298, 2010.

ANDRADE, A. M. **Estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

BALDUINO, A. F. A. *et al.* Análise conceitual de autogestão do indivíduo hipertenso. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. Porto Alegre, v.34, n.4, p. 37-44, 2013.

BANCO MUNDIAL. **ICT at a Glance Definitions and Sources**. Disponível em: <<http://econ.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/0,,contentMDK:20460697~menuPK:1192714~pagePK:64133150~piPK:64133175~theSitePK:239419,00.html>>. Acesso em: 20 mar. 2015.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006**. Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília, DF, 30 jan. 2006. Disponível em: <<http://portal.anvisa.gov.br/wps/content/Anvisa+Portal/Anvisa/Inicio/Servicos+de+Saude/Assunto+de+Interesse/Legislacao/Atencao+Domiciliar>>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 28 out. 2011a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2527_27_10_2011.html>. Acesso em: 18 jan. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.959, de 14 de dezembro de 2011**. Regulamenta, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Decreto nº 7.616, de 17 de novembro de 2011, que dispõe sobre a declaração de Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) e institui a Força Nacional do Sistema Único de Saúde (FN-SUS). Brasília, DF, 14 dez. 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2959_14_12_2011.html>. Acesso em: 30 ago. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ed. Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 963, de 27 de maio de 2013**. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 28 maio. 2013b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt0963_27_05_2013.html>. Acesso em: 23 jul. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.505, de 24 de julho de 2013**. Fixa o valor do incentivo de custeio referente à implantação dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD).

Brasília, DF, 24 jul. 2013c. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1505_24_07_2013.html>. Acesso em: 12 set. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sala de apoio à gestão estratégica – Melhor em casa**. Disponível em: <<http://189.28.128.178/sage/>>. Acesso em: 24 nov. 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da Saúde da Família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php, 2015>. Acesso em: 15 jan. 2015.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Democracia, estado social e reforma gerencial. **RAE**, São Paulo, v.30, n.1, p. 112-116, 2010.

BRESSER-PEREIRA, L. C. Os três ciclos da sociedade e do estado. In: BRESSER-PEREIRA, L. C. (Ed.). **Escola de Economia de São Paulo: textos para discussão**. São Paulo: FGV, 2012. p. 1- 45.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta - Natureza**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Natureza.asp>. Acesso em: 24 nov. 2014.

CADASTRO NACIONAL DE ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE. **Consulta - Tipo de Prestador**. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Mod_Ind_Tipo_Prestador.asp>. Acesso em: 24 nov. 2014.

CARNEIRO JÚNIOR, N.; ELIAS, P. E. A reforma do Estado no Brasil: as organizações sociais de saúde. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 2, p. 201-226, 2003.

CONILL, E. M. **Análisis de la problemática de la integración de la APS en el contexto actual**: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en la cohesión social. Rio de Janeiro: ENSPSA; Madrid: FCSAI, 2007. Intercambio III.2-1-2007. Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención.

CURRY, N.; HAM, C. **Clinical and service integration**: The route to improved outcomes. London: The King's Fund, 2010. Disponível em: <<http://www.moniesonhealth.com/resources/2014-WhitePaper-Wodchis.pdf>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 24, n. 3, p. 180-188, 2008.

FIGUEIREDO, N. V. F. **Tecnologias para assistência domiciliar na atenção básica**: em busca de ferramentas que subsidiem o trabalho da equipe de saúde da família. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da UFMG, Belo Horizonte, 2010.

FUNDO DE POPULAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Relatório sobre a situação da População Mundial: pessoas e possibilidades em um mundo de 7 bilhões**. New York, 2011.

GIOVANELLA, L. Redes integradas, programas de gestão clínica e generalista coordenador: análise das reformas recentes do setor ambulatorial na Alemanha. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, p. 1081-1096, 2011.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. **Estudos de caso sobre implementação da estratégia saúde da família em quatro grandes centros urbanos**. Relatórios de Pesquisa. Rio de Janeiro: NUPES, DAPS, ENSP, 2009.

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”. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. 331-336, 2004.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Org.). **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2007.

HOFMARCHER, M. M.; OXLEY, H.; RUSTICELLI, E. **Improved health system performance through better care coordination**. Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2007.

IBGE. **Censo demográfico 2000**. Rio de Janeiro, 2000.

IBGE. **Censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro, 2010.

KLAUW, D. V.; MOLEMA, H.; GROOTEN, L.; VRIJHOEF, H. Identification of mechanisms enabling integrated care for patients with chronic diseases: a literature review. **International Journal of Integrated Care**, [S.l.], v. 14, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4109400/>>. Acesso em: 23 dez. 2014.

KODNER, D.; SPREEWENBERG, C. Integrated care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. **International Journal of Integrated Care**, [S.l.], v. 2, 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1480401/>>. Acesso em: 20 jun. 2014.

LACERDA, M. R. et al. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio/ago. 2006.

LEATT, P.; PINK, G.; GUERRIERE, M. Towards a Canadian model of integrated healthcare. **HealthcarePapers**, Toronto, v.1, n. 2, p. 13-55, 2000.

LEBRÃO, M. L. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. **Saúde Coletiva**, São Paulo, v. 4, n. 17, p. 134-140, 2007.

LOPES, M. H. A. et al. Importância da integralidade das ações no serviço de atenção domiciliar - artigo de revisão. **Revista NBC-Periódico Científico do Núcleo de Biociências**, Belo Horizonte, v.3, n. 5, p. 50-57, 2013.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro: Abrasco, 2001. p. 39-64.

MAZZA, M. M. P. R. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 4, n. 2, p. 58-66, 1994.

MEDEIROS, A. C. C. M. **Os registros de prontuários clínicos para estudo da coordenação assistencial na atenção ao portador de diabetes melito tipo 2 da Rede Integrada de Serviços de Saúde (RISS) do Recife-PE**. 2013. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fiocruz, Recife, 2013.

MENDES, E. V. **As Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-americana de Saúde, 2011.

MURASHIMA, S. *et al.* Home care nursing in Japan: a challenge for providing good care at home. **Public Health Nursing**, Cambridge, v. 19, n. 2, p. 94-103, 2002.

NAÇÕES UNIDAS. **World Population Ageing 1950-2050**. New York: Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2002.

NOLTE, E.; MCKEE, M. Integration and chronic care: a review. In: NOLTE, E.; MCKEE, M. (Ed.). **Caring for people with chronic conditions, a health system perspective**. Maidenhead: Open University, 2008.

NÚÑEZ, R. T.; LORENZO, I. V.; NAVERRETE, M. L. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v.20, n.6, p. 485-495, 2006.

OLIVEIRA, R. R.; ELIAS, P. E. M. Conceitos de regulação em saúde no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.3, p. 571-576, 2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Integrated health service delivery networks: concepts, policy options and a roadmap for implementation in the Americas**. Washington, DC, 2011. (Series: Renewing Primary Health Care in the Americas, n. 4). Disponível em: <http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=13214&Itemid=>. Acesso em: 28 jun. 2013.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Melhoria dos cuidados crônicos por meio das redes de atenção à saúde**. Washington, D.C., 2012. Disponível em: <http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=21401&Itemid=>. Acesso em: 20 jun. 2014.

PAWSON, R.; TILLEY, N. Realistic Evaluation Bloodlines. **American Journal of Evaluation**, Thousand Oaks, v. 22, n. 3, p. 317-324, 2001.

PAULA, G.; DANDOLINI, G.A.; SOUZA, J. A. Tecnologia da Informação e Comunicação e as atividades de inteligência. **Revista Ordem Pública**, Santa Catarina, v. 5, n. 1, p. 119-137, 2012.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. CIB/PE nº 1718 de 19 de setembro de 2011. Pactua a implantação do Serviço de Atenção Domiciliar no Município do Recife em conformidade com a PT GM/MS N 2.029, de 24.08.2011. **Diário Oficial de Pernambuco**, Recife, PE, 19 set. 2011. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44512524/doepe-06-10-2011-pg-11>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

PERNAMBUCO. Comissão Intergestores Bipartite. CIB/PE nº1443 de 01 de março de 2010. Cadastra equipes para atendimento domiciliar. **Diário Oficial de Pernambuco**, Recife, PE, 1 mar. 2010. Disponível em: <<http://www.jusbrasil.com.br/diarios/44501777/doepe-15-05-2010-pg-13>>. Acesso em: 30 ago. 2014.

RECIFE. Prefeitura Municipal. Gerência de Atenção Básica. **Projeto de fortalecimento da rede hospitalar de assistência domiciliar SAD: 9º termo aditivo**. Recife, 2013.

QUARESMA, M. L. Questões do envelhecimento nas sociedades contemporâneas. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 11, n. 2, p. 21-47, 2008.

QUEIROZ, Z. P. V.; RUIZ, C. R.; FERREIRA, V. M. Reflexões sobre o envelhecimento humano e o futuro: questões de ética, comunicação e educação. **Revista Kairós**, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 21-37, 2009.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência Domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, p. 231-242, 2005.

ROGERS, P. J. The Whole World Is Evaluating Half-Full Glasses. **American Journal of Evaluation**, Thousand Oaks, v. 22, n. 3, p. 431-435, 2001.

RYU, H.; AN, J.; KOABYASHI, M. Home health nursing care agenda based on health policy in Korea. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 7, n. 2, p. 92-98, 2005.

SANTOS, F. A. S. *et al.* Novos Desenhos Organizacionais no Setor Saúde: um estudo de caso no Nordeste brasileiro. In: MARTINS, M. I. C. *et al.* (Org.). **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas**. Minho: Universidade do Minho, 2014. p. 111-124.

SCHRAMM, J. M. A. *et al.* Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, 2004.

SENA, R. R. *et al.* **Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS no Município de Belo Horizonte**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/belo_horizonte.pdf>. Acesso em 15 jan. 2015.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, 2011.

SOUZA, I. D. **Integralidade da assistência**: narrativas de usuários egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde. 2012. Dissertação (Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

TAVOLARI, C. E. L.; FERNANDES, F.; MEDINA, P. O desenvolvimento do 'Home Health Care' no Brasil. **Revista de Administração em Saúde**, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 15-18, 2000.

VASCONCELOS, A. M. N.; GOMES, M. M. F. Transição demográfica: a experiência brasileira. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 21, n. 4, p. 539-548, 2012.

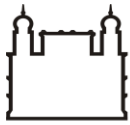
VÁZQUEZ, M. L. et al. Integrated health care networks in Latin America: toward a conceptual framework for analysis. **Revista Pan americana de Salud Pública**, Washington, v. 26, n. 4, p.360-367, 2009.

VIEIRA DA SILVA, L. M. Conceitos, Abordagens e Estratégias para a Avaliação em Saúde. In: HARTZ, Z. M. A.; VIEIRA DA SILVA, L. M. (Org.). **Avaliação em Saúde**: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Salvador: Edufba, 2005. p. 15-39.

WODCHIS, W. P.; WILLIAMS, A. P.; MERY, G. Integrating Care for Persons With Chronic Health and Social Needs. In: CONFERENCE WHITE PAPER WORKING DRAFTS, 2014, Toronto. **Creating Strategic Change in Canadian Healthcare Conference**. Toronto, 2014.

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

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães



Centro Nacional de Governança

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

NOME DA PESQUISA: “O impacto das Reformas Estruturais no SUS: Uma análise compreensiva sobre gasto público, acesso e performance da assistência a saúde”.

Instituição: Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães - FIOCRUZ;

Prezado(a) Senhor (a),

Estamos convidando-o (a) para participar de uma pesquisa sobre o desenvolvimento de estratégias e instrumentos de integração empreendidos atualmente pela gestão municipal de saúde de Recife/PE entre a rede assistencial e os Serviços de Atenção Domiciliar (SAD). Você foi selecionado(a), pois representa um dos informantes-chaves desta pesquisa, recorte de um projeto maior que possui como objetivo geral analisar a interface dos processos de Reforma Macro-estruturais e suas conseqüências na institucionalização do Sistema Único de Saúde, nos estados do Rio de Janeiro e Pernambuco, a partir de 2006, com a celebração do Pacto pela Saúde.

O estudo foi aprovado pelo comitê de Ética do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães e está na registrada no CAEE: 0037.0.095.000-11.

A sua participação é importante e se trata de aceitar ser entrevistado e falar sobre a sua experiência nos serviços de saúde durante o período em estudo, e/ou participar de uma reunião onde serão debatidos temas importantes sobre a política, nos dois cenários possíveis. A entrevista será gravada em equipamento digital e posteriormente será transcrita para o material poder ser analisado pela equipe da pesquisa bem como a reunião será gravada para posterior análise.

Os benefícios que a sua participação trará são bastante significativos considerando o escasso conhecimento sobre o atual momento da em que o SUS atravessa após o advento do Pacto pela Saúde, e a entrada de novos arranjos institucionais. O risco inerente a esse tipo de pesquisa na sua participação é o de constrangimento diante de algum questionamento, mas asseguramos que os seus dados pessoais são confidenciais e garantimos o total anonimato sobre sua participação.

O Sr (a). poderá solicitar esclarecimentos acerca desta pesquisa agora ou a qualquer momento com o pesquisador responsável Garibaldi Dantas Gurgel Junior no telefone 2101 - 2603 . Em caso de denúncia por questões éticas, o Sr (a). poderá entrar em contato com o Comitê de Ética do CPqAM/FIOCRUZ no telefone 2101-2693.

O Sr (a). tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo se assim o desejar, sem que isto traga nenhum prejuízo a sua pessoa.

Se o (a) senhor (a) concordar em participar, pedimos que assine este documento que foi emitido em duas vias. Uma dessas vias ficará em seu poder e a outra deverá ficar com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Eu, _____ RG _____

nº _____, tendo recebido as informações necessárias e ciente dos meus direitos acima relacionados, concordo em participar do estudo.

Assinatura do participante: _____

Nome e assinatura do pesquisador responsável: _____