



CESAR FRANCISCO SILVA DA COSTA

**O ACESSO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO, DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE, NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
DA MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL: ESTUDO
DE CASO COM GESTORES, PROFISSIONAIS E CONTROLE SOCIAL**

RIO GRANDE

2016

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

CESAR FRANCISCO SILVA DA COSTA

**O ACESSO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
DA MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL: ESTUDO
DE CASO COM GESTORES, PROFISSIONAIS E CONTROLE SOCIAL**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor em Enfermagem - Área de Concentração: Enfermagem e Saúde. Linha de Pesquisa: O trabalho da enfermagem/saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Helena Heidtmann Vaghetti

RIO GRANDE

2016

Ficha catalográfica

C837a Costa, Cesar Francisco Silva da.
O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social / Cesar Francisco Silva da Costa. – 2016.
318 f.

Tese (Doutorado) – Universidade Federal do Rio Grande – FURG, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Rio Grande/RS, 2016.
Orientadora: Dr^a. Helena Heidtmann Vaghetti.

1. Acesso aos Serviços de Saúde 2. Sistema Único de Saúde 3. Gestão em Saúde 4. Assistência à Saúde 5. Referência e Consulta 6. Enfermagem em Saúde Comunitária 7. Direito à Saúde I. Vaghetti, Helena Heidtmann II. Título.

CDU 614.2

CESAR FRANCISCO SILVA DA COSTA

O ACESSO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE
DA MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL: ESTUDO
DE CASO COM GESTORES, PROFISSIONAIS E CONTROLE SOCIAL

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

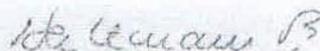
Doutor em Enfermagem

e aprovada em 28 de novembro de 2016, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal do Rio Grande, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Enfermagem e Saúde.



Mara Regina Santos da Silva
Coordenadora de Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (FURG)

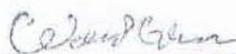
BANCA EXAMINADORA



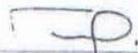
Dra. Helena Heidtmann Vaghetti (Presidente – FURG)



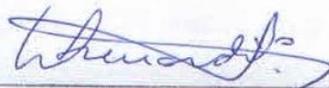
Dr. Edison Luiz Devos Barlem (Membro Interno – FURG)



Dra. Nalú Pereira da Costa Kerber (Membro Interno – FURG)



Dra. Teresinha Heck Weifler (Membro Externo – UFSM)



Dr. Wilson Danilo Lunardi Filho (Membro Interno Suplente – FURG)



Dra. Maria da Graça Porciúncula Soler (Membro Externo Suplente – UFSM Campus Palmeira das Missões)

RESUMO

COSTA, Cesar Francisco Silva da. **O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social.** 2016. 318 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande/RS, Brasil, 2016.

Esta pesquisa teve como objetivo geral caracterizar o acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande. A tese que se buscou sustentar baseia-se em que “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores”. Trata-se de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados, realizado nos municípios de Rio Grande/RS, São José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS, sendo a Unidade Integrada 1, cada um dos quatro municípios que compõem a microrregião, e a Unidade Integrada 2, o ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande. Os aspectos éticos foram respeitados em sua totalidade e os dados foram coletados em documentos referentes à rede de atenção à saúde na região, documentos jurídicos; e-mails e por meio de entrevistas com gestores, funcionários do serviço de regulação em saúde, profissionais de saúde e presidentes dos conselhos municipais de saúde dos municípios envolvidos no estudo. As entrevistas foram realizadas utilizando um roteiro elaborado inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação das redes de atenção à saúde e em uma adaptação baseada no questionário proposto por Eugênio Vilaça Mendes para avaliação do seu grau de integração. A análise foi realizada sob este mesmo roteiro e as falas foram analisadas a partir de Análise Textual Discursiva. As categorias decorrentes deste processo foram processadas por meio do método dedutivo, levando-se em consideração as Políticas Públicas que estabelecem as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde e o conceito de Rede de Atenção à Saúde, com os elementos que a constituem: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. Como resultado encontrou-se que nenhum dos municípios estudados apresentou capacidade ótima para operar a rede de atenção à saúde, o que indica que na microrregião ainda não tem uma rede integrada de atenção à saúde. No processo de análise textual discursiva, duas categorias foram produzidas das entrevistas e dos documentos utilizados como fonte de evidência. Categoria 1 - O acesso tensionado e a regulação da demanda de consultas especializadas no sistema de referência e contrarreferência; Categoria 2 - O acesso aos serviços de saúde com a utilização de ações judiciais para obter o direito de assistência. Concluiu-se que o acesso ocorre também pela ação direta dos gestores, dos profissionais de saúde e do controle social, seja por tensionamentos na rede de atenção à saúde, seja por judicialização, dando sustentação à Tese “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores”.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Assistência à Saúde. Referência e Consulta. Enfermagem em Saúde Comunitária. Direito à Saúde.

ABSTRACT

COSTA, Cesar Francisco Silva da. **The access to the outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Rio Grande in the health care network of the lagoon coastal microregion of Rio Grande do Sul: a case study with managers, professionals and social control.** 2016. 318 f. Thesis (Doctorate in Nursing) – Graduate Program in Nursing, Federal University of Rio Grande, Rio Grande/RS, Brazil, 2016.

This study aimed to characterize the access to the outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Rio Grande. The thesis was supported by the fact that "The access to the outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Rio Grande, in the health care network of the lagoon coastal microregion of Rio Grande do Sul, occurs beyond the inter-manager agreement". This is an Integrated Multiple Case Study, carried out in the cities of Rio Grande/RS, São José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS and Chuí/RS, being the Integrated Unit 1, each one of the four municipalities that compose the microregion, and the Integrated Unit 2, the outpatient clinic of the University Hospital of Federal University of Rio Grande. The ethical aspects were respected in its totality and the data were collected in documents concerning the health care network in the region, legal documents; e-mails and through interviews with managers, health regulators, health professionals and presidents from the municipal health councils of the cities included in the study. The interviews were carried out using an elaborate script inspired on the proposal of the Pan American Health Organization for evaluation of the health care networks and in an adaptation based on the questionnaire proposed by Eugênio Vilaça Mendes to evaluate its degree of integration. The analysis was performed under this same script and the speeches were analyzed from Discursive Textual Analysis. The categories resulting from this process were processed using the deductive method, taking into account the Public Policies that establish the guidelines for the organization of the Network of Health Care within the scope of the Unified Health System and the concept of Health Care Network, with the constituting elements: the population, the operational structure and the health care model. As a result, none of the municipalities studied had an optimal capacity to operate the health care network, which indicates that the microregion still does not have an integrated health care network. In the process of discursive textual analysis, two categories were produced from interviews and documents, used as sources of evidence. Category 1 - Stressed access and regulation of the demand for specialized consultations in the referral and counter-referral system; Category 2 – The access to health services with the use of legal actions to obtain the right to assistance. It was concluded that access also occurs through the direct action of managers, health professionals and social control, either by tensioning in the health care network, or by judicialization, giving support to the thesis " The access to the outpatient clinic of the University Hospital of the Federal University of Rio Grande, in the health care network of the lagoon coastal microregion of Rio Grande do Sul, occurs beyond the inter-manager agreement".

Keywords: Health Services Accessibility. Unified Health System. Health Management. Delivery of Health Care. Referral and Consultation. Community Health Nursing. Right to Health.

RESUMEN

COSTA, Cesar Francisco Silva da. **El acceso a la clínica del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Rio Grande, en la red de atención de salud de la micro región de la zona costera de la laguna del Rio Grande do Sul: estudio de caso de los directivos, profesionales y el control social.** 2016. 318 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) - Programa de Postgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Rio Grande, Rio Grande / RS, Brasil, en 2016.

Este estudio tuvo como objetivo caracterizar el acceso a la clínica del Hospital Universitario de la Universidad Federal de Rio Grande. La tesis de que buscó el apoyo se basa en que "acceso a la Clínica del Hospital Universitario Universidad Federal do Rio Grande, en la red de atención de la salud de la micro región de la zona costera de la laguna del Rio Grande do Sul, está más allá del pacto inter-administradores". Se trata de un estudio de casos múltiples integrados celebradas en los municipios de Rio Grande/RS, Sao José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS y Chuí/RS, con la Unidad Integrada 1, cada uno de los cuatro municipios que conforman la micro-región, y la Unidad integrada 2, la clínica del hospital Universitario de la Universidad Federal de Rio Grande. Los aspectos éticos fueron respetados plenamente y se recogieron los datos en los documentos relativos a la red de atención de salud en la región, documentos legales; correos electrónicos y mediante entrevistas con los gerentes, el personal de la regulación de los servicios de salud, profesionales de la salud y presidentes de los ayuntamientos de la salud de los municipios que participan en el estudio. Las entrevistas se llevaron a cabo usando un guión preparado inspirado en la propuesta de la Organización Panamericana de la Salud para evaluar las redes de atención de la salud y en una adaptación basada en el cuestionario propuesto por Eugenio Vilaça Mendes para evaluar su grado de integración. El análisis se realizó con el mismo guión y los discursos fueron analizados por texto de análisis del discurso. Las categorías de este proceso se procesaron mediante el método deductivo, teniendo en cuenta las políticas públicas que establecen directrices para la organización de la Red de Salud de atención dentro del Sistema Único de Salud y el concepto de atención Red de Salud con los elementos que lo constituyen: las personas, la estructura operativa y el modelo de atención de salud. Como resultado se encontró que ninguna de las ciudades estudiadas mostró una gran capacidad para operar la red de atención de salud, lo que indica que el micro-región no cuenta con una red de servicios médicos integrados. En el proceso de análisis textual discursiva, dos categorías fueron producidas a partir de entrevistas y documentos utilizados como fuente de evidencias. Categoría 1 - El acceso tensado y la regulación de la demanda de consultas especializadas en el sistema de referencia y contra referencia; Categoría 2 – El acceso a servicios de salud con el uso de demandas judiciales para conseguir el apoyo de la ley. Resulta que el acceso se produce también por la acción directa de los gestores, profesionales de salud y del control social, sea por las tensiones en la red de atención de salud, sea por la legalización, que apoyan la tesis "El acceso a la Clínica del Hospital Universitario Universidad Federal do Rio Grande, en la red de atención de la salud de la micro región de la zona costera de la laguna del Rio Grande do Sul, está más allá del pacto inter-administradores".

Palabras clave: Accesibilidad a los Servicios de Salud. Sistema Único de Salud. Gestión en Salud. Prestación de Atención de Salud. Remisión y Consulta. Enfermería en Salud Comunitaria. Derecho a la Salud.

LISTA DE FIGURAS

Figura 01 - Apresenta os Municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso, 2016.....	67
Figura 02 - Apresenta os municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso, 2016.....	68

LISTA DE QUADROS

Quadro 01 – Configuração das Unidades Integradas de Análise. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	80
Quadro 02 - Apresenta as Unidades de Análise, locais e o quantitativo de participantes do Estudo. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	84
Quadro 03 - Protocolo para pesquisa. Estudo de Caso, 2016.	89
Quadro 04. Componentes. Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde. Estudo de Caso-Piloto e municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.....	94
Quadro 05 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de Turuçu/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	113
Quadro 06 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município do Chuí/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.....	139
Quadro 07 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de Santa Vitória do Palmar/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	153
Quadro 08 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de São José do Norte/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.....	174
Quadro 09 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município do Rio Grande/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	196
Quadro 10 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde. Municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.	214

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	APRESENTAÇÃO DO ESTUDO	15
3	ARCABOUÇO TEÓRICO: Os elementos da rede de atenção à saúde	19
3.1	A população	24
3.2	A estrutura operacional	25
3.2.1	O centro de comunicação das redes de atenção à saúde	26
3.2.2	Os pontos de atenção secundária e terciária	27
3.2.3	O sistema de apoio das redes de atenção à saúde	28
3.2.4	Os sistemas logísticos das redes de atenção à saúde	32
3.2.5	O sistema de governança das redes de atenção à saúde.....	34
3.3	Os modelos de atenção à saúde	40
4	REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	42
4.1	A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	42
4.2	O ACESSO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	43
4.3	A REGIONALIZAÇÃO, A TERRITORIALIZAÇÃO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE	52
4.4	A REGULAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO	57
4.5	PARTICIPAÇÃO POPULAR	59
5	O CASO: CARACTERIZAÇÃO	64
5.1	CONTEXTUALIZAÇÃO NO NÍVEL ESTADUAL E REGIONAL	64
5.2	A MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL.....	68
5.2.1	A cobertura da Atenção Básica à Saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul	68
5.3	O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - HU/FURG	70
5.3.1	O ambulatório de especialidades do HU/FURG.....	70
5.3.2	O acesso de usuários ao ambulatório do HU/FURG	71
5.4	O município do Rio Grande/RS	71
5.5	O município de São José do Norte/RS.....	73
5.6	O município de Santa Vitória do Palmar/RS	74
5.7	O município do Chuí/RS	76
6	METODOLOGIA	79
6.1	TIPO DE ESTUDO	79
6.2	LOCAIS DA PESQUISA	80
6.3	SUJEITOS DO ESTUDO	81
6.4	COLETA DE DADOS	86
6.5	ASPECTOS ÉTICOS	88
6.6	O PROTOCOLO	88
7	ANÁLISE DOS DADOS	92
8	RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS	97
8.1	Estudo de Caso-Piloto	98
8.1.1	Estudo de Caso-Piloto Turuçu/RS	99
8.1.2	Estudo de Caso-Piloto O Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS)	116
8.1.3	Contribuições do Estudo de Caso-Piloto	122
8.2	FONTE DE EVIDÊNCIAS 1	125
8.2.1	O município do Chuí/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1).....	125

8.2.2	O município de Santa Vitória do Palmar/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2).....	141
8.2.3	O município de São José do Norte/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 3).....	156
8.2.4	O município do Rio Grande/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 4).....	176
8.2.5	O Ambulatório do Hospital Universitário (Unidade Integrada de Análise 2).....	198
8.3	FONTE DE EVIDÊNCIAS 2	206
8.4	CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL.....	213
9	ARTIGOS CIENTÍFICOS	222
9.1	ARTIGO 1.....	223
9.2	ARTIGO 2.....	246
9.3	ARTIGO 3.....	267
10	CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS.	287
	REFERÊNCIAS	292
	APÊNDICE A - Instrumento de entrevistas	307
	APÊNDICE B - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - HU/FURG.....	310
	APÊNDICE C - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - Município do Rio Grande/RS	311
	APÊNDICE D - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - Município de Turucu/RS.	312
	APÊNDICE E - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - Município de São José do Norte/RS.....	313
	APÊNDICE F - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - Município de Santa Vitória do Palmar/RS	314
	APÊNDICE G - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa - Município do Chuí/RS.....	315
	APÊNDICE H - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	316
	ANEXO A – Parecer CEPas/FURG	317
	ANEXO B - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande/RS.....	318

1 INTRODUÇÃO

Em minha trajetória profissional, tive o olhar voltado para a participação nas ações de intervenção no cotidiano, quando tive a oportunidade de exercer o cargo de Secretário de Saúde em um município de médio porte, que não possuía, em sua estrutura, serviços de saúde em todos os níveis de atenção. Associava-se a isto o fato de que o deslocamento da população do interior para a sede era dificultado pelas condições das estradas, bem como o referenciamento e o transporte ao município mais próximo era realizado por meio de lancha ambulância.

Paralelamente a esta experiência, desenvolvi atividades assistenciais como enfermeiro em um hospital universitário, em outro município, na década de noventa. Foi possível perceber que, embora neste município, as ações de saúde estivessem estruturadas pelo poder público para sanar as demandas, utilizando como porta de entrada as unidades básicas de saúde, a população ainda recorria aos serviços de pronto atendimento do hospital como primeira opção. Para além disto, neste mesmo local, observava-se que o fluxo de usuários provenientes de outros municípios ocorria tanto através do referenciamento com autorização de internação hospitalar, quanto por meio de procura espontânea.

Nesta mesma época, dois estudos (JULIANI; CIAMPONE, 1999; CARVALHO; CAMPOS, 2000) mostraram a enfermagem como catalisadora da referência e contrarreferência, e o enfermeiro como o profissional que também agencia o sistema. Em 1999, uma investigação apresentou o enfermeiro, na condição de gerente das Unidades Básicas, educador da equipe de enfermagem e profissional que viabilizava encaminhamentos de usuários. (JULIANI; CIAMPONE, 1999). Neste rumo, Carvalho e Campos (2000) apontaram ser a enfermagem fundamental para o bom funcionamento das equipes de referência e o enfermeiro detentor das atividades de planejamento das referidas equipes.

Neste contexto, vale destacar que a participação do enfermeiro na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência dos usuários nos diferentes níveis de atenção à saúde, está previsto no Decreto N° 94.406/87, da Presidência da República, que regulamenta a Lei N° 7.498/86, que dispõe sobre o exercício profissional da enfermagem. (BRASIL, 1987). Portanto, desde anteriormente a implantação do SUS, o enfermeiro como integrante da equipe de saúde, já tinha como atribuição o encaminhamento de usuários nos serviços de saúde.

Todos estes eventos desencadearam um estudo, sob minha orientação, sobre sistema de referência, o qual identificou que o fluxo de usuários ao Hospital Universitário da

Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), era proveniente dos municípios de Rio Grande, São José do Norte e Santa Vitória do Palmar, entre outros da região sul do Estado. Foi observado, também, que entre os usuários que foram internados, 73,1% não receberam nenhum tipo de encaminhamento ao hospital, portanto, a porta de entrada no sistema foi o serviço de pronto atendimento. (LEMÕES; COSTA; MENDOZA-SASSI, 2009).

Essa realidade, encontrada na investigação, vai de encontro a uma visão de articulação entre serviços de saúde, onde Cecílio (2004) indica que uma forma para que essa ocorra dá-se pelo sistema de referência e contrarreferência. Para o autor, o primeiro acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha e remete usuários a um serviço de maior complexidade, acompanhando-o. Já o segundo, a contrarreferência, ocorre quando o usuário é encaminhado ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento, (CECILIO, 2004) garantindo o princípio da integralidade, conforme preconiza a Lei 8.080/90, Lei Orgânica da Saúde (LOS). (BRASIL, 2007a).

Cabe salientar que “maior complexidade” conforme parágrafo anterior, deve ser entendido, segundo Mendes (2011), como sendo de maior densidade tecnológica, pois a atenção primária não é menos complexa em relação aos cuidados de média e alta complexidade, pois é nela que devem ser resolvidos mais de 85% dos problemas de saúde.

A Lei 8.080/90 definiu as diretrizes de descentralização político-administrativa e da participação da comunidade, e ocasionou mudanças substanciais nas funções dos Estados e da União. Com isto, houve um redirecionamento das atividades de coordenação e orientação do Sistema Único de Saúde (SUS), passando os municípios a absorverem as atividades executivas, tendo assumido as políticas oficiais de regulamentação e operacionalização das medidas de descentralização. (BRASIL, 2007a). Há, neste sentido, a necessidade de observar que um desafio para um atendimento integral está na estrutura e na forma de trabalho dos distintos estabelecimentos e organizações do setor saúde. (CAMPOS, 2003).

Na legislação que regula o SUS, a Norma Operacional da Assistência à Saúde, de 2002 (NOAS/2002), trata da elaboração do Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência. O PDR está fundamentado na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais em regiões/microrregiões e módulos assistenciais, da conformação de redes hierarquizadas de serviços e do estabelecimento de mecanismos de fluxos de referência e contrarreferência intermunicipais. (BRASIL, 2002).

Para dispor sobre a organização do SUS, em 2011, foi editado, pela Presidência da República o Decreto 7.508, que versa sobre o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a

articulação interfederativa. O mesmo considera Região de Saúde o espaço geográfico contínuo, constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde. Quanto à hierarquização, assevera que o acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde inicia-se pelas portas de entrada do SUS e completa-se na rede regionalizada, de acordo com a complexidade do serviço. (BRASIL, 2011a).

Fazem parte do PDR da Saúde as demandas ambulatoriais e, nesse particular, para efeito do estudo a ser proposto, as que são direcionadas ou encaminhadas ao HU/FURG. É importante salientar que o município do Rio Grande, desde 2007, iniciou a organização do fluxo de usuários das Unidades Básicas de Saúde para o nível ambulatorial ou especialidades, com a utilização obrigatória do boletim de referência e contrarreferência para o encaminhamento. (RIO GRANDE, 2007).

Com base na minha vivência e prática profissional como enfermeiro inserido no sistema de saúde com atuação na área hospitalar, na atenção básica à saúde e na condição de docente no Curso de Graduação em Enfermagem e na Residência Multiprofissional em Saúde da Família, me é possível perceber a complexidade envolvida neste processo, onde o fluxo e o acesso aos serviços podem ocorrer de maneira não formal, isto é, o sistema de referência e contrarreferência rompe o fluxo formal e estabelece um novo fluxo na mesma rede de atenção, seja por influência de gestores, ou pela relação entre profissionais, ou por meio do controle social.

Neste momento, trago para reflexão, as demandas regionais em saúde oriundas de municípios vizinhos à cidade do Rio Grande/RS e que são direcionadas ou encaminhadas ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande FURG. Assim, a realização de uma pesquisa através de um estudo de caso justifica-se pela intenção de identificar de que maneira ocorre a procura espontânea e as referências de usuários do SUS “acesso ao serviço”, dentro de determinadas características, ao Hospital Universitário da FURG.

Os resultados da pesquisa contribuirão no planejamento e administração do sistema locorregional de saúde e do hospital em questão, havendo a possibilidade, inclusive, do mapeamento regional sob a ótica de uma regionalização idealizada, conforme o conhecimento da distribuição das necessidades de saúde da população, que venha a subsidiar futuros Planos Diretores de Investimento (PDIs).

Levando-se em consideração que na temática “rede de atenção à saúde” não estão contemplados somente os aspectos da complexidade tecnológica, mas também os atores que integram essa rede, foi realizada a presente investigação, que utilizou uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como referencial as Políticas Públicas que estabelecem as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS; o conceito de Rede de Atenção à Saúde com os elementos que a constituem: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

Assim, a realização de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados, que pautasse as realidades das condições de acesso aos serviços de saúde da rede regionalizada e hierarquizada de saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, justificou-se pela necessidade de identificar as formas de acesso de usuários do SUS, ao ambulatório do HU/FURG, identificando, nesta região, a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde envolvidos e os usuários, no sistema de referência e contrarreferência desta rede de atenção à saúde.

Esta intenção baseou-se também na vocação da FURG como sendo uma universidade voltada para os ecossistemas costeiros e oceânicos. As diretrizes que orientam as ações pedagógicas da Instituição estão pautadas, entre outras, na formação comprometida com as questões socioambientais e o desenvolvimento humano, científico e tecnológico; na formação de profissionais, que participem ativamente na sociedade; na proposição de políticas públicas voltadas às comunidades que vivem em situação de vulnerabilidade, (FURG, 2011) o que tangencia a pesquisa que será realizada quanto ao seu objeto, locais de pesquisa, sujeitos e objetivos.

Diante do exposto, o objetivo geral do estudo foi “*Caracterizar o acesso ao Ambulatório do HU/FURG na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul.*”

E os objetivos específicos foram:

- 1) Analisar a inter-relação entre a gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul/RS;
- 2) Analisar, no entendimento dos gestores, como ocorre o acesso ao ambulatório do HU/FURG;
- 3) Analisar, no entendimento dos profissionais de saúde, como ocorre o acesso ao ambulatório do HU/FURG;

4) Analisar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A questão norteadora que pautou esta investigação foi: *Como se processa o acesso ao Ambulatório do HU/FURG na rede de atenção à saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul?*

E a Tese do estudo: **O acesso ao Ambulatório do HU/FURG, na rede de atenção à saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores.**

2 APRESENTAÇÃO DO ESTUDO

O estudo realizado será exposto apresentando inicialmente o **Arcabouço Teórico (Capítulo 3)** onde é abordado o conceito de Rede de Atenção à Saúde com os elementos que a constituem: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde, segundo Eugênio Vilaça Mendes. (MENDES, 2011).

A seguir é apresentada a **Revisão bibliográfica (Capítulo 4)** abordando os temas: Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção à Saúde; o Acesso aos Serviços de Saúde; o Sistema de Referência e Contrarreferência; Regionalização da Saúde; a Regulação em Saúde; e a Participação Popular.

Na **Caracterização do Caso (Capítulo 5)**, é apresentado o “caso” com sua Unidade Integrada de Análise 1, com os quatro municípios que integram a microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, Rio Grande/RS, São José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS; e a Unidade Integrada de Análise 2, o Ambulatório do HU/FURG.

A **Metodologia (Capítulo 6)** explicita o tipo de estudo desenvolvido, que se apresenta como descritivo/exploratório, com uma abordagem qualitativa, realizado por meio de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados, em que o *corpus* foi analisado a partir do conjunto de documentos, conforme a Análise Textual Discursiva. (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Para a caracterização da rede de atenção à saúde foi confeccionado um roteiro para entrevista, em parte, inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2010) para avaliação das RASs e também no questionário proposto por Mendes (2011, p. 427-37) para avaliação do grau de integração das RASs.

O Questionário foi construído a partir das concepções teórica e operacional, medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

Na sequência demonstra-se o produto da Tese na forma de **Relatório (Capítulo 8)** do Estudo de Casos Múltiplos Integrados e três **Artigos científicos (Capítulo 9)** oriundos da Tese.

O **Capítulo 8, Relatório** do Estudo de Casos Múltiplos Integrados é apresentado em quatro Subcapítulos.

O **Subcapítulo 8.1**, denominado Estudo de Caso-Piloto, apresenta o Estudo de Caso-Piloto em três Seções.

A **Seção 8.1.1** - Estudo de Caso-Piloto Turuçu/RS.

A **Seção 8.1.2** - Estudo de Caso-Piloto. Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde.

A **Seção 8.1.3** - Contribuições do Estudo de Caso-Piloto.

O **Subcapítulo 8.2**, denominado **Fonte de Evidências 1**, apresenta as entrevistas com os participantes dos municípios da microrregião litoral lagunar bem como as entrevistas realizadas com os participantes do Hospital Universitário. Este Subcapítulo está dividido em cinco Seções.

A **Seção 8.2.1** - O município do Chuí/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1). A **Seção 8.2.2** - O município de Santa Vitória do Palmar/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2). A **Seção 8.2.3** - O município de São José do Norte/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 3). A **Seção 8.2.4** - O município do Rio Grande/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 4). A **Seção 8.2.5** - O Ambulatório do Hospital Universitário (Unidade Integrada de Análise 2).

O **Subcapítulo 8.3**, denominado **Fonte de Evidências 2**, apresenta os documentos utilizados como Evidências documentais no Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

O **Subcapítulo 8.4**, denominado “Configuração da rede de atenção à saúde nos municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul”. Esse Subcapítulo apresenta e discute os escores atribuídos na configuração das RASs nos municípios estudados, após a realização das entrevistas com a utilização do instrumento adaptado para este estudo e segundo critérios previamente anunciado na metodologia.

Apresenta igualmente, a classificação de cada um dos municípios e esta apresentação está acompanhada de um quadro demonstrativo (Quadro 10) com as Questões Avaliativas e os escores.

O **Capítulo 9**, denominado **Artigos Científicos**, é dividido em três **Subcapítulos** e apresenta os artigos científicos que foram construídos na forma de recorte do Relatório do Estudo de Casos Múltiplos Integrados (primeiro artigo), ou oriundos do processo de análise textual discursiva em que foram produzidas duas categorias das entrevistas realizadas com os participantes do Estudo de Casos Múltiplos Integrados e dos documentos utilizados como fonte de evidência (segundo e terceiro artigos). O Capítulo 8 é apresentado em três Subcapítulos.

No **Subcapítulo 9.1** é apresentado o **artigo científico** intitulado “A rede de atenção à saúde em uma microrregião no extremo sul”, sendo este um recorte do Capítulo 7, Relatório do Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

Neste artigo é apresentada a rede de atenção à saúde dos dois municípios, entre os quatro estudados, que obtiveram os menores escores nos Componentes de Avaliação. São eles: Chuí/RS, Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1 e Santa Vitória do Palmar/RS Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2.

No **Subcapítulo 9.2** é apresentado o **artigo científico** intitulado: “O tensionamento do acesso na rede de atenção à saúde”, sendo este oriundo do processo de análise textual discursiva em que foi produzida a categoria “O acesso tensionado e a regulação da demanda de consultas especializadas no sistema referência e contrarreferência”.

O artigo científico evidencia a existência de tensionamentos por diversos atores envolvidos na rede: as exercidas pelos usuários; as exercidas aos e pelos profissionais de saúde; as exercidas por e entre os gestores; e as exercidas pelo controle social. Sendo possível identificar a existência de tensionamentos como forma de acesso ao serviço do ambulatório do HU/FURG.

No **Subcapítulo 9.3** é apresentado o **artigo científico** intitulado: “Judicialização do acesso na rede de atenção à saúde: estudo de caso”, sendo este oriundo do processo de análise textual discursiva em que foi produzida a categoria “O acesso aos serviços de saúde com a utilização de ações judiciais para obter o direito de assistência”.

O artigo científico evidencia a existência de casos de judicialização como forma de acesso ao ambulatório do Hospital Universitário de referência e que se faz necessário uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião.

A apresentação do estudo de Caso é finalizada com o **Capítulo 10, Considerações do Estudo de Casos Múltiplos Integrados**, onde são evidenciadas as fragilidades na configuração das redes de atenção à saúde, as limitações de sua operacionalidade e acesso, bem como a necessidade da formação e qualificação profissional para atuar na RAS estudada.

Entre as características das RASs estudadas, verificou-se a existência de tensionamentos quanto ao acesso aos serviços de saúde, seja por parte da gestão, dos profissionais de saúde, dos usuários ou do controle social.

O Estudo de Caso demonstrou também a existência de judicialização como forma de acessar o serviço de ambulatório do HU/FURG, onde foi possível perceber que a inversão do fluxo não atende nem mesmo os princípios e diretrizes do SUS quanto à equidade, criando outro fluxo não baseado na necessidade imediata do usuário, mas sim em deliberações não pactuadas.

Estas características confirmam a Tese “*O acesso ao Ambulatório do HU/FURG, na rede de atenção à saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores*”.

3 ARCABOUÇO TEÓRICO: OS ELEMENTOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos. Para Castells (2000), as redes são formas de organização social, do estado ou da sociedade e baseiam-se na cooperação entre unidades dotadas de autonomia. Diferentes conceitos coincidem em elementos comuns das redes tais como as relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante de recursos. (CASTELLS, 2000).

Segundo Righi (2010, p. 64-5):

O conceito de redes de saúde ou, de forma mais abrangente, de redes de produção de saúde, procura dar conta desta coprodução tensa entre a rede assistencial (com suas normas próprias – necessárias) e o território. Contudo, o território não é apenas espaço de demanda ou depositário de necessidades e recursos para a rede assistencial. O território também se produz na medida em que a localização de pontos da rede assistencial alteram o espaço vivido.

Para Mendes (2011), redes de atenção à saúde são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde articulados, com missão única, objetivos comuns, ação cooperativa e interdependente, que ofertam uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde e prestada com qualidade, no tempo, no lugar e com custo certo. Destaca-se que essas redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.

Buscando reunir as prioridades da gestão e estabelecer metas para ações e investimentos, o Ministério da Saúde (MS) lançou, em 2007, o Plano Mais Saúde – Direito de Todos 2008–2011. Esse plano estabelece, entre suas prioridades, a integração e organização dos serviços de saúde. Define a saúde como parte essencial de um processo amplo de desenvolvimento e ressalta a construção de uma visão regionalizada do país como um dos requisitos essenciais à consolidação do SUS para avançar na organização do sistema de saúde como rede. (BRASIL, 2010a).

Nessa mesma direção, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010b, p. 4), em Portaria Ministerial Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”. O documento visa à estruturação da RAS como

estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.

Uma vez que a gestão faz parte desse processo e que estão incluídas aí as três esferas de governo, em se tratando de gestão de redes, torna-se válido considerar as afirmações de Fleury e Ouverney (2007), ao nos dizerem que as políticas deixam de ser responsabilidade de um ministério e cada vez mais decorrem de acordos estabelecidos entre múltiplos atores envolvidos nos processos, englobando órgãos estatais descentralizados, organizações da sociedade civil e instituições de mercado.

Para estes autores, o SUS, com uma estrutura policêntrica, suscita uma abordagem de gestão em rede, sendo necessário difundir os conhecimentos atualizados sobre gestão de redes políticas pelo fato desta requerer habilidades distintas daquelas de gestão hierárquica, o que implica desenvolver mecanismos próprios de coordenação das interdependências entre os atores envolvidos. (FLEURY; OUVERNEY, 2007).

Com esta mesma ótica, Mendes (2011) afirma haver, no SUS, a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes. Assim, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó liga-se a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós, de forma que os diversos ramos estão interconectados.

Os sistemas de atenção à saúde movem-se numa relação dialética entre fatores contextuais que são externos ao sistema de atenção à saúde, tais como o envelhecimento da população, transição epidemiológica e avanços científicos e tecnológicos, e os fatores internos que estão sob a governabilidade setorial, portanto associados à cultura e estrutura organizacional, recursos, sistemas de incentivos e estilo de liderança e de gestão. Os fatores externos ao sistema de atenção à saúde mudam em ritmo mais rápido que os fatores internos, fazendo com que os sistemas de atenção à saúde não tenham a capacidade de adaptarem-se, em tempo, às mudanças contextuais, especialmente demográficas e epidemiológicas. (MENDES, 2011).

Neste panorama reside a crise universal dos sistemas de atenção à saúde, os quais foram concebidos e desenvolvidos voltados para as condições e eventos agudos desconsiderando a epidemia contemporânea das condições crônicas. Por consequência, temos uma situação de saúde que exige ações para as demandas atuais, sendo respondida por um sistema de atenção à saúde desenvolvido no século passado. (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Os sistemas fragmentados têm tendência a se voltar para as condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar sobre as condições agudas e crônicas.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, hegemônicos, organizam-se por meio de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação, não sendo possível, portanto, a prestação de uma atenção contínua à população. Neste sistema, geralmente, não existe a responsabilidade por uma população adscrita. Não há também, um fluxo de comunicação entre a atenção primária e a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, por sua vez, não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos. (MENDES, 2011).

Neste sistema fragmentado em que existe uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidade crescentes, está o sistema público brasileiro de atenção à saúde, que organiza-se segundo suas normativas, em atenção básica, atenção de média e de alta complexidades. Ele está fundamentado num conceito de complexidade equivocado, ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção nos níveis secundário e terciário. (MENDES, 2011).

Por outro lado, os sistemas integrados de atenção à saúde, as Redes de Atenção à Saúde (RASs), são aqueles organizados por meio de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida. (MENDES, 2011).

As RASs podem ser organizadas em arranjos produtivos, combinando a concentração de uns serviços com a dispersão de outros. Os serviços de menor densidade tecnológica como os de Atenção Primária à Saúde (APS) devem ser dispersos, e os serviços de maior densidade tecnológica precisam ser concentrados. (WHO, 2000).

Na organização das RASs, os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente. Deve ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, estruturando-se com base nos seguintes fundamentos: a) de economia de escala, de disponibilidade de recursos, de qualidade e acesso; b) de integração horizontal e vertical; c) de processos de substituição; d) de territórios sanitários; e) e de níveis de atenção. (MENDES, 2011).

A lógica fundamental da organização racional das RASs é determinada pela economia de escala, qualidade e acesso (fundamento “a”) aos diferentes pontos de atenção à saúde. Os

serviços que se beneficiam menos de economias de escala devem ser ofertados de forma dispersa, havendo para os mesmos, recursos suficientes e a distância é fator fundamental para a acessibilidade. Enquanto que os serviços que se beneficiam mais de economias de escala devem ser concentrados, pois para estes os recursos são mais escassos e a distância tem menor impacto sobre o acesso. (MENDES, 2002).

Nesta mesma lógica, para o desenvolvimento das RASs, o grau de escassez dos recursos apresenta-se como um fator importante. Recursos humanos ou físicos, quando muito escassos, devem ser concentrados; enquanto recursos menos escassos devem ser desconcentrados (MENDES, 2011). Sendo a qualidade um dos objetivos fundamentais dos sistemas de atenção à saúde, os serviços de saúde têm qualidade quando a oferta atende os usuários em tempo oportuno de forma humanizada e equitativa. (INSTITUTE OF MEDICINE, 2001).

As RASs devem configurar-se em desenhos institucionais de forma a combinar elementos de concentração e de dispersão dos diferentes pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Soma-se a isso a necessidade desses fatores estarem em equilíbrio com o critério do acesso aos serviços. Entendido o acesso, segundo Donabedian (1973), como a capacidade de um sistema de atenção à saúde responder às necessidades de saúde de uma população. O autor faz distinção entre dois tipos de acessibilidade: a sócio-organizacional, da qual fazem parte as características da oferta de serviços; e a geográfica, relacionada ao espaço, podendo ser medida pela distância e tempo de locomoção, custos de transporte entre outros.

Quanto à integração horizontal e vertical (fundamento “b”), tratam-se de conceitos oriundos da teoria econômica, associados a concepções da cadeia produtiva. No desenvolvimento das redes de atenção à saúde, os dois conceitos são perfeitamente aplicados.

Na construção de RASs, a integração horizontal dá-se entre unidades produtivas iguais com o objetivo de adensamento dessa cadeia, obtenção de ganhos de escala, maior eficiência e competitividade. A integração vertical entre unidades produtivas diferentes ocorre para configurar uma cadeia produtiva com maior agregação de valor. (MENDES, 2011).

A integração horizontal, que objetiva promover o adensamento da cadeia produtiva da saúde, faz-se por dois modos principais: fusão ou aliança estratégica. A fusão dá-se quando duas unidades produtivas fundem-se numa só, diminuindo custos. A aliança estratégica faz-se quando, mantendo-se as duas unidades produtivas, os serviços especializam-se, cada um em uma carteira de serviços complementares não concorrentes, eliminando a competição entre si. (MENDES, 2011).

A integração vertical nas redes de atenção à saúde faz-se através de uma completa integração. No SUS, ela pode ocorrer por meio da articulação de serviços federais, estaduais, municipais e privados, lucrativos e não lucrativos, por meio de gestão única, baseada numa comunicação fluida entre as unidades dessa rede. Desse modo, são colocados sob a mesma gestão todos os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos de uma rede em todos os níveis de atenção à saúde, com comunicação através de sistemas logísticos potentes. (MENDES, 2011).

Os processos de substituição (fundamento “c”) são importantes para que se possa prestar a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e no tempo certo. É nesse processo que as unidades de saúde e as equipes podem se organizar para produzirem melhores resultados sanitários e econômicos dentro de uma RASs. (MENDES, 2011).

Nas RASs, a substituição pode ocorrer nas dimensões da localização, das competências clínicas, da tecnologia e da clínica. A substituição ocorre na dimensão da localização, quando é mudado o lugar em que a atenção é prestada (ex. do hospital para o domicílio). A substituição tecnológica, quando é mudada a tecnologia ofertada (ex. utilização de terapia medicamentosa ao invés de cirurgia). A substituição de competências clínicas muda o mix de habilidades, como na substituição de funções de médicos para enfermeiros ou outros profissionais. A substituição clínica ocorre quando é feita a transição do cuidado profissional para o autocuidado apoiado. (HAM et al, 2007).

Na questão do território, as RASs podem estar, ou não, articuladas com territórios sanitários (fundamento “d”). As redes das organizações privadas, em geral, prescindem de territórios sanitários. O mesmo ocorre nos sistemas públicos de saúde, quando baseados no princípio da competição gerenciada. No entanto, é exatamente ao contrário, quando os sistemas públicos de atenção à saúde estão estruturados pelo princípio da cooperação gerenciada, sendo este o caso do SUS, em que há que se instituírem os territórios sanitários. (MENDES, 2011).

Fleury e Ouverney (2007, p. 125) quanto ao processo de territorialização da saúde, referem que:

A territorialização da saúde consiste na delimitação das unidades fundamentais de referenciamento a partir das quais serão estruturadas as funções relativas ao conjunto da atenção à saúde envolvendo a organização e gestão do sistema, a alocação de recursos e a articulação das bases de provisão de serviços por meio de fluxos de referência intermunicipais. Assim, a territorialização, como processo de delineamento da configuração espacial da interação de atores, organizações e recursos, consiste no movimento que fixa as linhas e vínculos de estruturação do campo relacional subjacente à dinâmica da realidade sanitária do SUS no nível local.

Os territórios sanitários, segundo Mendes (2011, p. 177), “são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS, em suas demandas pelos serviços de saúde”. São espaços de responsabilização da RAS por sua população e subpopulações e de localização mais adequada para os diferentes serviços de saúde.

Os níveis de atenção à saúde (fundamento “e”) estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, ao de densidade tecnológica intermediária, até o de maior densidade tecnológica. Ou seja, esta variação transita pela atenção primária, secundária e terciária à saúde. Deve-se levar em consideração, ao se construírem as RASs, a combinação dos territórios sanitários com os níveis de atenção à saúde, pois os níveis de atenção à saúde são fundamentais para o uso racional dos recursos e para estabelecer o foco gerencial dos entes de governança das RASs. (MENDES, 2011).

A normatização do SUS apresenta o sistema como hierárquico, piramidal, com formatação segundo as “complexidades” em cada nível: atenção básica, média complexidade e alta complexidade. Cabe salientar que a atenção primária não é menos complexa em relação aos cuidados de média e alta complexidade, pois é nela que devem ser resolvidos mais de 85% dos problemas de saúde. E que os níveis de atenção secundário e terciário apresentam maior densidade tecnológicas, mas não de maior complexidade. Assim, essa concepção hierárquica precisa ser substituída pela concepção de redes poliárquicas de atenção à saúde, em que são rompidas as relações verticalizadas e conformadas as redes policêntricas horizontais. (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), as redes de atenção à saúde constituem-se em três elementos: a população, na qual a atenção à saúde está baseada, como uma característica essencial dessas redes; a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós; e o modelo de atenção à saúde, sendo esse o sistema lógico que organiza o funcionamento dessas redes, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações.

3.1 A POPULAÇÃO

O primeiro constituinte da Rede de Atenção à Saúde, a população, é visto como essencial e a razão de ser das RASs e, por esse motivo, discute-se a atenção à saúde baseada nesse elemento. A RAS, em um sistema público como o SUS, exige a construção social de

territórios/população, uma vez que essa população é de responsabilidade das RASs, vive em territórios sanitários singulares e organiza-se socialmente em famílias, sendo cadastrada e registrada em subpopulações por riscos socio sanitários. (MENDES, 2011).

Por ser de responsabilidade de uma RAS, a população deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação. (MENDES, 2011), sendo inclusive, por isso, considerada em alguns sistemas de atenção à saúde, como membros da equipe, especialmente na Atenção Primária à Saúde. (PORTER, 2007). Assim, em uma atenção colaborativa e centrada na pessoa e na família, reposiciona-se os usuários nas relações com os profissionais de saúde, no momento em que deixam de ser pacientes tornando-se os principais produtores sociais de sua saúde. (HOLMAN; LORIG, 2000).

Na concepção de RASs, cabe à Atenção Primária à Saúde a responsabilidade de articular-se, intimamente, com a população, sendo este fator de elevada importância no processo de conhecimento e relacionamento da equipe de saúde com a população, introduzindo a participação ativa do sujeito no processo de conhecimento e autoconhecimento. (MENDES, 2011).

A existência de redes é fruto de outros fatores relacionados com a maior complexidade dos processos administrativos em um meio ambiente cuja dinâmica impossibilita qualquer ator isolado de controlar os processos de mudanças, o que, neste caso, apresenta-se via participação popular ou, sobremaneira, via sujeito cidadão. Em se tratando das Redes de Atenção à Saúde, a “população” contribui com sua cultura, suas crenças e valores, de forma que todos se vejam nela representados e, da mesma forma, acabam incorporando características do todo à rede. (MENDES, 2011).

3.2 A ESTRUTURA OPERACIONAL

O segundo elemento que constitui a rede é a estrutura operacional constituída pelos nós da rede e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós. (MENDES, 2011).

Em uma rede, o espaço dos fluxos constitui-se por lugares de intercâmbio no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema, numa perfeita interação de todos os elementos integrados, sendo os centros de comunicação. Existem, também, outros lugares com funções estratégicas construindo atividades em torno da função-chave da rede e que são os nós da rede. (CASTELLS, 2000).

As redes de atenção à saúde podem apresentar-se utilizando a opção de rede temática, tais como: a rede de atenção à mulher e à criança; as redes de atenção às doenças cardiovasculares; as redes de atenção às doenças respiratórias; entre outras. No entanto, a rede temática de atenção à saúde não deve ser vista como um programa vertical em que sua direção, supervisão e execução são realizadas exclusivamente por especialidades. Ou, mesmo como os programas horizontais que se estruturam para resolver vários problemas de saúde comuns, com visão e objetivos únicos e utilizando tecnologias e recursos compartilhados. (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011), o mais favorável é combinar objetivos comuns de determinadas condições de saúde com uma estrutura transversal aos sistemas de apoio, os sistemas logísticos, o sistema de governança e principalmente com a atenção primária à saúde, o que se configuraria em uma organização diagonal dos sistemas de atenção à saúde.

Nesta perspectiva, a estrutura operacional das redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2011), conta com cinco componentes. São eles:

- 1) o centro de comunicação das redes de atenção à saúde;
- 2) os pontos de atenção secundária e terciária à saúde;
- 3) os sistemas de apoio;
- 4) os sistemas logísticos e,
- 5) o sistema de governança das redes.

3.2.1 O centro de comunicação das redes de atenção à saúde

Este centro apresenta-se como sendo o nó intercambiador, no qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema, sendo constituído pela Atenção Primária à Saúde ou equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF). A Atenção Primária à Saúde (APS) é o centro comunicador e coordenador do cuidado, exerce o papel mais importante dentro de uma RAS, pois representa o centro coordenador que integra o sistema. Partindo do centro, ela faz a ligação entre os diferentes níveis e pontos de atenção e integra ao processo os sistemas logísticos e de apoio, garantindo a integralidade da atenção aos usuários do sistema. (MENDES, 2011).

Para Starfield (2004), uma APS de qualidade, como parte integrante das RASs, orienta-se por eixos estruturantes denominados atributos. Entre os atributos essenciais temos: a atenção ao primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação. Entre os atributos derivados: a orientação familiar e comunitária, e a competência cultural.

3.2.2 Os pontos de atenção secundária e terciária

Destacam-se os papéis a serem desempenhados pelos ambulatórios e hospitais nas redes. Os pontos de atenção à saúde distribuem-se de acordo com o processo de territorialização, sendo os pontos de atenção secundária nas microrregiões sanitárias, e os de atenção terciária nas macrorregiões sanitárias. Existindo, assim, uma articulação com os níveis de atenção à saúde, estando os pontos de atenção secundária compondo o nível de atenção secundária, “média complexidade”; e os de atenção terciária, integrando o nível de atenção terciária “alta complexidade.” (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção secundária ambulatorial nas RASs são as unidades ambulatoriais que cumprem função distinta das unidades ambulatoriais que não integram uma rede de atenção à saúde. Nestas últimas, os diferentes pontos de atenção secundária e terciária atuam de forma isolada, sem comunicação ordenada com os demais componentes das redes, bem como sem coordenação da atenção primária à saúde. (MENDES, 2011).

Mendes (2011) ressalta haver diferenças importantes entre o modelo do centro de especialidades médicas (CEMs), representado por policlínicas e unidades prestadoras de cuidados especializados (centro de ultrassonografia, centro de mamografia); e os pontos de atenção secundária de uma rede. Uma diferença fundamental entre os dois modelos está na forma de planejar, pois os CEMs operam com o sistema convencional da programação pactuada e integrada (PPI), planejando a oferta a partir de parâmetros populacionais ou séries históricas. Enquanto no modelo de ponto de atenção secundária de uma rede, o planejamento faz-se a partir das necessidades de saúde da população.

Os CEMs são partes de um sistema fragmentado de atenção à saúde, em que geralmente não existe um fluxo de comunicação entre os diferentes pontos e níveis de atenção, o que dificulta o conhecimento da história pregressa do usuário. Embora ele tenha sido referenciado ao serviço, dele pouco é conhecido, portanto a história do caso que o usuário apresenta, bem como exames complementares são solicitados e refeitos a cada atendimento. Além disso, esse tipo de sistema tem uma demanda aberta e direta, completando, em pouco tempo, a agenda conforme capacidade de ofertar o serviço. (MENDES, 2011).

Os pontos de atenção secundária de uma rede diferem desse modelo descrito, justamente por fazer parte de um sistema integrado às RASs, principalmente através de um sistema logístico, tais como o cartão de identificação, o prontuário clínico eletrônico, o sistema de acesso regulado à atenção e o sistema de transporte em saúde, garantindo a integração, a atenção à saúde efetiva, eficiente e de qualidade. Diferem também por serem um

sistema fechado, sem possibilidade de acesso direto de usuários, exceto nos casos de urgência e emergência. (MENDES, 2011).

Portanto, conforme descrito anteriormente, os CEMs são acessados por uma central de regulação acionada pelos gestores, enquanto que nos pontos de atenção secundária à saúde de uma rede, o acesso regulado é realizado pelas equipes da atenção primária à saúde que, por sua vez, acessam diretamente a central de regulação. (MENDES, 2011).

Quanto aos hospitais na rede de atenção à saúde, os mesmos desempenham funções diferenciadas a dos hospitais nos sistemas fragmentados de atenção à saúde. Esta diferença reside justamente em que as redes de atenção secundária são poliárquicas, enquanto no sistema centrado no hospital, hospitalocentrismo, este apresenta-se fragmentado. Portanto, os hospitais devem estar integrados com organizações que contêm pontos de atenção de diferentes redes temáticas de atenção à saúde e, em sua avaliação, deve constar o item que prevê a sua articulação com outros pontos de atenção à saúde e com os sistemas de apoio. (MENDES, 2011).

Na visão integrada das redes de atenção à saúde, a qualidade hospitalar não deve ser somente com relação ao seu funcionamento isolado, mas por sua inserção nas redes, dando sua contribuição para gerar valor às pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde. E ainda, a forma de gestão hospitalar, tendo como perspectiva sua inserção nas redes de atenção à saúde, exige recursos humanos e material financeiro e, sobretudo, investimento na introdução de tecnologias de gestão da clínica, com a incorporação de diretrizes clínicas baseadas em evidências. (MENDES, 2011).

3.2.3 O sistema de apoio das redes de atenção à saúde

É sistema de apoio da RAS é constituído pelo sistema de apoio diagnóstico e terapêutico, o da assistência farmacêutica e o da informação em saúde. Esse componente tem a função de apoiar os demais e, dependendo das interconexões em alguns casos, representa o todo na rede. (MENDES, 2011).

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica. Este sistema deve ser integrado nas redes de atenção à saúde como componente transversal de todas as redes temáticas. (MENDES, 2011).

O sistema de assistência farmacêutica envolve um grupo de atividades relacionadas com os medicamentos, destinadas a apoiar as ações de saúde demandadas por uma comunidade, atividades estas de intervenções logísticas relativas à seleção, à programação, à aquisição, ao armazenamento e à distribuição dos medicamentos, bem como ações assistenciais da farmácia clínica e de vigilância como o formulário terapêutico, a dispensação, a adesão ao tratamento, a conciliação de medicamentos e a farmacovigilância. (MENDES, 2011).

A importância dos medicamentos na atenção à saúde pode ser observada sob o ponto de vista econômico, sob o ponto de vista sanitário, bem como com base no problema da desigualdade no acesso.

Os sistemas de informação em saúde são considerados como ferramentas importantes para o diagnóstico de situações de saúde com vistas à produção de intervenções sobre as necessidades da população. Segundo Mendes (2011, p. 131), os sistemas de informação em saúde compreendem:

os determinantes sociais da saúde e os ambientes contextuais e legais nos quais os sistemas de atenção à saúde operam; os insumos dos sistemas de atenção à saúde e os processos relacionados a eles, incluindo a política e a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e os recursos financeiros; a performance dos sistemas de atenção à saúde; os resultados produzidos em termos de mortalidade, morbidade, carga de doenças, bem-estar e estado de saúde; e a equidade em saúde.

No SUS, operam seis sistemas de informação de base nacional principais: o Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), o Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), o Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA SUS), o Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH SUS) e o Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB). Existem também outros sistemas importantes tais como: o Cadastro de Estabelecimentos de Saúde (CNES), a Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade/custo (APAC) e o Sistema de Informações sobre Orçamentos Públicos em Saúde (SIOPS). (MENDES, 2011).

O Sistema de Informações de Mortalidade (SIM) é um importante elemento para o sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, pois dispõe de informações sobre as características de pessoa, tempo e lugar, causas básicas e associadas de óbitos, que são relevantes e muito utilizadas no diagnóstico de situação de saúde da população. Seu instrumento padronizado de coleta de dados é a Declaração de Óbito (DO), cujas informações possibilitam o delineamento do perfil de morbidade e uma área, no que diz respeito às doenças mais letais e às doenças crônicas. As informações do SIM permitem a construção e o

monitoramento de importantes descritores da mortalidade como a mortalidade por causas, por sexo, local de ocorrência e residência, e as taxas de mortalidades infantil e materna. (BRASIL, 2004a).

O Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC) possibilita construir inúmeros indicadores voltados para a avaliação de riscos à saúde do segmento materno-infantil. Este sistema tem como instrumento padronizado para coleta de dados, a Declaração de Nascido Vivo (DN), que deve ser preenchida nos hospitais, instituições de saúde que realizam partos, e nos Cartórios de Registro Civil, quando o nascimento ocorre no domicílio. O número de nascidos vivos constitui-se em relevante informação para o campo da saúde pública, pois se trata de um denominador que possibilita a constituição de indicadores voltados para a avaliação de riscos de saúde do segmento materno-infantil como a mortalidade infantil, a mortalidade materna, os nascidos vivos com baixo peso, os nascidos vivos com prematuridade, os nascidos vivos segundo idade das mães, número de consultas pré-natais realizadas para cada nascido vivo, valores do índice Apgar etc. (BRASIL, 2004a).

O Sistema de Informações de Agravos de Notificação (SINAN), na utilização de suas informações permite realizar diagnóstico e monitoramento de eventos ocorridos numa população, fornecendo subsídios para determinações causais dos agravos notificáveis, bem como para a elaboração do perfil da situação de saúde de uma determinada região. É alimentado pelas notificações e investigações de casos e agravos que constam de uma relação nacional de doenças de notificação compulsória. Está baseado em dois formulários padronizados: a ficha individual de notificação e a ficha individual de investigação. (BRASIL, 2013d).

O Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA SUS) oferece, aos gestores, instrumentos para operacionalização das funções de cadastramento, controle orçamentário, controle e cálculo da produção, e para a geração de informações necessárias ao pagamento dos procedimentos ambulatoriais. O documento gerador do sistema é o Boletim de Produção Ambulatorial (BPA), preenchido pelas unidades ambulatoriais do SUS. Propicia informações para o gerenciamento de capacidade instalada e produzida, bem como dos recursos financeiros orçados e repassados aos prestadores de serviços, e permite estudos epidemiológicos relacionados à morbidade ambulatorial. É importante para o estudo da oferta de serviços, permite a caracterização da rede, num quadro geral de disponibilidade de recursos tecnológicos e humanos, por município, região sanitária, estado ou país. (BRASIL, 2012b).

O Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH SUS) reúne informações de internamentos hospitalares realizados no país, constituindo-se em importante fonte de dados

para o conhecimento da situação de saúde e para a gestão de serviços. Seu instrumento de coleta de dados é a Autorização de Internação Hospitalar (AIH), formulário que contém os dados de atendimento, com o diagnóstico de internação; e da alta, informações relativas às características de pessoa (idade e sexo), tempo e lugar (procedência do paciente) das internações, entre outros, que permitem a sua utilização para fins epidemiológicos. Este sistema foi desenvolvido com a finalidade de propiciar a elaboração de alguns indicadores de avaliação de desempenho, além do acompanhamento dos números absolutos, relacionados à frequência de AIHs que pode ser utilizado para a avaliação de cobertura da rede hospitalar, e até para a priorização de ações de caráter preventivo. (BRASIL, 2007b).

Estrutura-se com base na captação dos dados das autorizações de internações hospitalares (AIHs). Fornece informações sobre os recursos financeiros destinados para cada hospital que integra o SUS, as principais causas de internações no Brasil, a relação dos procedimentos realizados em cada hospital, município e estado, a quantidade de leitos existentes para cada especialidade, o tempo médio de permanência da pessoa usuária e a taxa de ocupação do hospital. (BRASIL, 2007b).

O Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB) estrutura-se a partir de um processo de territorialização que envolve microáreas de ação de Agentes Comunitários de Saúde e áreas de abrangência de equipes da ESF. O sistema pressupõe a identificação do modelo de atenção à saúde, praticado em cada local. O SIAB está dirigido a coletar, agregar e processar informações sobre a população adscrita à APS. Seus instrumentos de coleta de dados são: o cadastramento das famílias; o acompanhamento das gestantes; o acompanhamento dos portadores de hipertensão; o acompanhamento dos portadores de diabetes; o acompanhamento dos portadores de tuberculose; o acompanhamento dos portadores de hanseníase; o acompanhamento das crianças; e o registro das atividades, dos procedimentos e das notificações. São instrumentos de consolidação dos dados: os relatórios consolidados anuais das famílias cadastradas; o relatório de situação de saúde e o acompanhamento das famílias; e os relatórios de produção e os marcadores para avaliação. (BRASIL, 2003a).

Trata-se de um sistema de informação territorializado, que coleta dados que possibilitam a construção de indicadores populacionais. O banco de dados do SIAB permite o acesso a indicadores sócio-demográficos dos indivíduos e de saneamento básico dos domicílios, bem como o acompanhamento de crianças menores de 2 anos e gestantes. Permite a espacialização das necessidades e respostas sociais, constituindo-se em importante

ferramenta para o planejamento e avaliação de ações de vigilância da saúde. (BRASIL, 2003a).

Em 2013, o Ministério da Saúde, por meio da Portaria Nº 1.412, de 10 de julho de 2013, mais recentemente complementada pela Portaria Nº 1.653, de 2 de outubro de 2015, institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). A operacionalização do SISAB será feita por meio da estratégia do Departamento de Atenção Básica (DAB/SAS/MS) denominada e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB). (BRASIL, 2013a; 2015a).

O e-SUS Atenção Básica (e-SUS AB) é uma estratégia para reestruturar as informações da atenção primária à saúde (APS), modernizando sua plataforma tecnológica com o objetivo de informatizar as unidades básicas de saúde, oferecer ferramentas para ampliar o cuidado e melhorar o acompanhamento da gestão.

Com a implementação desta estratégia, a intenção é a de reestruturar o atual Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), substituído gradativamente por um novo sistema, o SISAB - Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica e, a partir deste, outros sistemas com dados originados na atenção primária serão alimentados automaticamente. (CONASS, 2013).

3.2.4 Os sistemas logísticos das redes de atenção à saúde

São soluções tecnológicas, ancoradas nas tecnologias de informação, que visam garantir uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RASs, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio. Os sistemas logísticos, nas RASs, estão ligados ao conceito de integração vertical, em que os fatores motivadores dessa integração vertical são a superação da fragmentação dos sistemas de atenção à saúde, a obtenção de menores custos de transação no sistema e o aumento da produtividade pela utilização ótima dos recursos comuns. (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011), os principais sistemas logísticos das RASs são:

- a) o cartão de identificação das pessoas usuárias;
- b) o prontuário clínico;
- c) os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde;
- d) os sistemas de transporte em saúde.

O cartão de identificação das pessoas usuárias é o instrumento que permite alocar um número de identidade único a cada pessoa que utiliza o sistema de atenção à saúde. É fundamental que o cartão permita a identificação inequívoca de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde ou sistemas de apoio das RASs, em todo o território de abrangência dessas redes e, até mesmo, em locais fora dessa abrangência, suportados pelas possibilidades da portabilidade de direitos sanitários interregionais que são garantidos em alguns sistemas de atenção à saúde, dentre eles, o SUS. (MENDES, 2011).

No SUS, o cartão de identificação das pessoas usuárias é o Cartão Nacional de Saúde ou Cartão SUS que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS à pessoa usuária, ao profissional que os realizou e, também, à unidade de saúde onde foram realizados. (BRASIL, 2008a).

Os prontuários clínicos são ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias. Apresenta-se como um elemento fundamental na gestão da atenção à saúde, pois alimentam os sistemas de informação em saúde, os bancos de dados e de conhecimentos, a pesquisa científica, a teleassistência, o sistema de gestão da clínica e o sistema de gestão financeira. (MENDES, 2011).

Os prontuários clínicos podem se apresentar em versões de papel e eletrônica. O prontuário clínico em papel apresenta algumas desvantagens como: não é acessível à distância; só pode estar em um único lugar a cada tempo; de pesquisa lenta; é sempre acumulativo; os sistemas administrativos como faturamento e agendamento requerem esforço manual de integração; surgimento de vários prontuários em vários pontos de atenção à saúde para a mesma pessoa usuária; entre outros. (UNIFESP, 2000).

A tendência é de os prontuários clínicos serem informatizados, pois a tecnologia de informação viabiliza a implantação da gestão da clínica nas organizações de saúde e reduz os custos. Essa ferramenta permite o desenvolvimento gerencial e clínico dos sistemas de atenção à saúde. (ALBUQUERQUE; MENDES, 2009).

O prontuário eletrônico é um conjunto de dados de saúde, armazenados em meio eletrônico e agregados pelo identificador unívoco da pessoa usuária. Idealmente esse conjunto de dados deveria representar o registro dos eventos relacionados à saúde da pessoa, do nascimento até a morte. (UNIFESP, 2000).

Os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde constituem-se de estruturas operacionais que servem para mediação entre a oferta e demanda por serviços de saúde, de forma a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos de atenção à saúde obedecendo fluxos assistenciais. O sistema de acesso regulado organiza o

acesso de forma equitativa, com foco no usuário; implementa uma rede informatizada de suporte ao processo de regulação do acesso; e monitora e avalia suas atividades através da geração de relatórios. (MENDES, 2011).

Nas redes de atenção à saúde de base territorial, os sistemas de acesso regulados à atenção à saúde devem estar organizados em módulos integrados por territórios locais, microrregionais, macrorregionais, estaduais e, em algumas redes, interestaduais. Nesta configuração, a regulação do acesso é realizada inicialmente, em conformidade com os fluxos de atenção previamente definidos, por solicitação de um gestor ou de serviço demandante a uma central de regulação que agenda o serviço num prestador para o atendimento ao usuário. (MENDES, 2011).

Os sistemas de transportes em saúde objetivam estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e de produtos nas RASs. Devem transportar pessoas usuárias em busca de atenção à saúde, e garantir o movimento adequado de material biológico, dos resíduos dos serviços de saúde e das equipes de saúde. São, portanto, soluções logísticas transversais a todas as RASs, imprescindíveis para o acesso aos pontos de atenção à saúde e aos sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico. Estruturam-se em diferentes subsistemas: o subsistema de transporte em saúde de pessoas, o subsistema de transporte em saúde de material biológico e o subsistema de transporte em saúde de resíduos dos serviços de saúde. (MENDES, 2011).

A questão do transporte em saúde de pessoas é central no acesso aos serviços prestados nas RASs, sendo considerada uma das principais barreiras ao acesso das pessoas usuárias aos serviços. Esta significação é maior nos sistemas organizados com base territorial como o SUS, em que as redes se constroem com concentração relativa dos serviços de atenção secundária e terciária em polos micro e macrorregionais, impondo deslocamentos, à população. Este fato confere relevada importância ao subsistema de transporte em saúde de pessoas, sendo uma condição para o funcionamento eficiente e com equidade das RASs. (MENDES, 2011).

3.2.5 O sistema de governança das redes de atenção à saúde

A governança é um sistema transversal a todas as redes temáticas de atenção à saúde. Segundo Mendes (2011, p. 158), o sistema de governança das redes de atenção à saúde “cuida de governar as relações entre a APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos, de modo a articulá-los em função da missão, da visão e dos objetivos comuns das redes”.

Segundo Mendes (2011), a governança das RASs fundamenta-se em três dimensões: o desenho institucional; o sistema gerencial, que atua por instrumentos gerenciais como territorialização, planejamento estratégico, contratualização, sistema de monitoramento e avaliação, e sistema de acreditação; e a terceira dimensão seria o sistema financeiro.

A primeira dimensão, o desenho institucional, pode ter a forma da integração vertical de diferentes organizações, conformando um único ente gestor, até uma estrutura virtual instituída por alianças estratégicas entre diferentes organizações associadas para gerir as RASs. No caso do SUS, a governança é considerada como a governança multi-institucional, pois é constituída por diferentes entes institucionais, que articula, como gestores, RASs compostas por organizações públicas federais, estaduais e municipais e, como prestadores de serviços, organizações públicas, privadas lucrativas e não lucrativas. (MENDES, 2011).

Mendes (2011) destaca a importância da cultura organizacional como fator que influi na governança das RASs. Seja porque a implantação de objetivos e estratégias das RASs requer que seus membros aceitem e compartilhem visão, missão e objetivos comuns, seja porque a cultura de cada organização componente dessas redes deva estar alinhada com a missão e com os objetivos da RAS. Nesta dimensão, valores, atitudes de cooperação, interdependência, trabalho em equipe e orientação para resultados são fundamentais.

Neste sentido, em busca da qualificação do processo de regionalização, da garantia e do aprimoramento dos princípios do SUS, faz-se necessário que os gestores de saúde da região instituem um espaço permanente de pactuação e cogestão solidária e cooperativa, através de um Colegiado de Gestão Regional. Este Colegiado constitui-se num espaço de decisão, onde são identificadas e definidas as prioridades, e feitas as pactuações em busca das soluções para a organização de uma rede regional de atenção à saúde, integrada e resolutive. O funcionamento do colegiado deve ser acordado na Comissão Intergestores Bipartite (CIB), podendo receber a denominação de CIB Macrorregional ou Microrregional, dependendo da região sanitária de abrangência. (MENDES, 2011).

O colegiado gestor, formado pelos gestores municipais de saúde do conjunto de municípios e por representantes do gestor estadual, deverá chegar a decisões sempre por consenso, sendo estas deliberativas até o limite dos recursos alocados no território sanitário, pressupondo o envolvimento e comprometimento do conjunto de gestores com os compromissos pactuados. Os CIBs Macrorregionais são instituídos nas macrorregiões sanitárias para a governança das ações de atenção terciária à saúde (alta complexidade); e os CIBs Microrregionais, instituídos nas microrregiões sanitárias para a governança das ações de APS e de atenção secundária (média complexidade). (MENDES, 2011).

Assim, o desenho institucional permite combinar a dimensão territorial e a distribuição espacial ótima dos recursos de atenção à saúde, estruturados por níveis de atenção, sendo o foco gerencial do sistema de governança das RASs delimitado pelos níveis de atenção à saúde. (MENDES, 2011).

Quanto à segunda dimensão, o sistema gerencial das redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2011, p. 176), sistemas gerenciais eficazes na governança atuam por importantes e fundamentais instrumentos gerenciais como “o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação”.

O processo de territorialização define os diferentes espaços de vida das populações, dando a base territorial para a constituição das RASs, em que o território sanitário, mais do que um território geográfico, é um território sócio-político-econômico e cultural. Esses espaços concretizam-se nos Planos Diretores de Regionalização (PDRs). (MENDES, 2011).

Nesta direção, o autor apresenta duas concepções de territórios sanitários: uma de forma naturalizada como um espaço físico que está dado e pronto, em cuja concepção prevalecem os critérios geofísicos na construção de um território-solo; a outra, derivada da geografia política e coerente com o conceito de espaço/população, visualiza o território como “um processo em permanente construção, produto de uma dinâmica social nunca acabada, onde se relacionam sujeitos sociais situados na arena sanitária.” (MENDES, 2011, p. 177).

Os territórios sanitários são recortados de forma a aumentar a interdependência entre os atores participantes e propiciar a responsabilização de uma autoridade sanitária em relação a uma população definida. Constituem, por meio do PDR, um instrumento de ampliação da racionalidade sistêmica, incrementação da eficiência de escala e aprofundamento da interdependência entre os atores sociais. (MENDES, 2011).

O autor salienta a importância da diferenciação entre territórios político-administrativos e territórios sanitários. Territórios político-administrativos são territórios de desconcentração dos entes públicos (Ministério e Secretarias de Saúde) que se definem a partir de uma lógica eminentemente política. Já os territórios sanitários são territórios recortados pelos fluxos e contrafluxos da população de responsabilidade de uma RAS, em suas demandas pelos serviços de saúde, sendo ao mesmo tempo, espaços de responsabilização da RAS por sua população e subpopulações e de localização ótima de diferentes serviços de saúde. (MENDES, 2011).

Nas RASs do SUS, os territórios sanitários fundamentais são: o território microárea, sob responsabilidade do agente comunitário de saúde; o território área de abrangência,

responsabilidade de uma Unidade de APS ou de uma equipe da ESF; o território municipal, responsabilidade de uma Secretaria Municipal de Saúde; o território microrregião sanitária, responsabilidade de um Colegiado Microrregional; o território macrorregião sanitária, responsabilidade de um Colegiado Macrorregional de Saúde; o território estadual, responsabilidade de uma Secretaria Estadual de Saúde; e o território nacional, espaço de responsabilidade do MS. Podendo ainda, em circunstâncias especiais, existir regiões de saúde interestaduais ou internacionais. (MENDES, 2011).

O planejamento estratégico, instrumento gerencial fundamental para a governança, é importante na institucionalização das RASs que têm, como características intrínsecas, a convergência dos diferentes atores para objetivos comuns. Nestes casos, o planejamento permite aprofundar as interdependências entre os atores envolvidos e imprimir maior racionalidade sistêmica pela ordenação dos fluxos e contrafluxos de pessoas, produtos e informações. Devendo o processo de planejamento no SUS ser desenvolvido de forma articulada, entre as três esferas federativas de gestão, representando, com essa forma de atuação, o sistema de planejamento baseado nas responsabilidades de cada esfera de gestão, contemplando as peculiaridades, as necessidades e as realidades de saúde locais, regionais e nacionais. (MENDES, 2011).

O Plano Diretor de Investimentos (PDI) como instrumento gerencial deve expressar os recursos de investimentos para atender às necessidades pactuadas no processo de planejamento. No âmbito regional, deve contemplar as necessidades, visando alcançar a suficiência na APS e na atenção secundária (média complexidade); na microrregião contemplar a atenção terciária (alta complexidade). Deve ser desenvolvido de forma articulada com o processo da territorialização e do planejamento estratégico e contemplar as necessidades da área da vigilância em saúde. (BRASIL, 2006a).

O PDI parte da elaboração da carteira de serviços para um perfil de oferta ideal das RASs, especificando os serviços a serem ofertados pela APS em todos os municípios; os serviços a serem ofertados pela atenção secundária à saúde (média complexidade) nos municípios-polo das microrregiões sanitárias; e os serviços de atenção terciária à saúde (alta complexidade) a serem ofertados nos municípios-polo macrorregionais. (MENDES, 2011).

Para a elaboração do PDI, é necessário o diagnóstico englobando os serviços de APS, por municípios; os serviços de atenção secundária à saúde, por microrregiões; e os serviços de atenção terciária à saúde, por macrorregiões. Ou seja, identificar a oferta dos serviços que existem nas RASs. O objetivo do PDI possibilita a adequada operação das RASs, superando os

déficits de atenção à saúde, determinados por insuficiente capacidade instalada de oferta. (MENDES, 2011).

Neste sentido, o sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, contratos que ofereçam solidez jurídica aos colegiados regionais e que gerem direitos e obrigações entre os gestores das RASs e os prestadores de serviços de saúde envolvidos. Leva-se, portanto, em consideração, a complexidade do sistema de atenção à saúde, integrado por diferentes atores sociais com diferentes objetivos, interesses e representações. Há, portanto, a necessidade de negociação e estabelecimento de acordos formais que permitam obter resultados que não seriam possíveis na ausência de cooperação. (MENDES, 2011).

Segundo Mendes (2011, p. 187-8), os objetivos entre as partes de um contrato seria “um diálogo permanente entre o contratante e o prestador de serviços; uma retificação dos problemas no momento em que surgem; uma troca de saberes e habilidades; uma partilha de riscos, lucros e perdas; relações mais estáveis e mais longas; e a construção do sentido de responsabilização”.

Entre as tipologias de contratos no sistema de atenção à saúde são categorizados como contratos internos, aqueles em que os entes contratante e contratado são uma mesma instituição estatal. Nesses contratos se está diante de um contrato moral e não de um contrato legal. Os contratos externos são aqueles realizados entre uma instituição estatal que contrata prestadores externos, que podem ser outras instituições públicas, estatais ou não estatais, bem como com instituições privadas filantrópicas ou instituições privadas lucrativas. Neste tipo de contrato configura-se uma terceirização dos serviços, portanto, possui força legal. (MENDES, 2011).

Na normativa do SUS, o processo de contratualização dos prestadores de serviços tem como objetivo transformar os contratos em um processo baseado na definição de metas quanti e qualitativas estabelecidas em função das necessidades de saúde da população e do perfil de oferta dos prestadores. Contrato este, em que são especificadas obrigações e responsabilidades entre os envolvidos e estabelecidos critérios para o monitoramento e a avaliação do desempenho dos prestadores. Entre as obrigações dos contratados está a atribuição de alimentar regularmente os seguintes sistemas de informação: o cadastro nacional de estabelecimentos de saúde (CNES), o sistema de informações hospitalares (SIH SUS) e o sistema de informações ambulatoriais (SIA SUS). (CONASS, 2007).

Quanto ao sistema de monitoramento e avaliação como instrumento gerencial, o objetivo central do monitoramento nas organizações poliárquicas é criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades

sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico. (FLEURY; OUVENEY, 2007).

O processo de monitoramento e avaliação implica o julgamento de valor sobre uma intervenção para racionalizar o processo decisório. Uma intervenção é constituída pelos recursos humanos, físicos, financeiros e simbólicos estruturados para produzir bens ou serviços que possam modificar a situação-problema. O monitoramento faz-se em diferentes situações: a apreciação da estrutura, a apreciação dos processos, a apreciação da dimensão técnica dos serviços, a apreciação das relações interpessoais e a apreciação da dimensão organizacional. O monitoramento normalmente não produz evidências. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

A avaliação, diferentemente do monitoramento, consiste em fazer um julgamento *ex-post* de intervenções usando o método científico. Busca analisar a pertinência, os fundamentos teóricos, a produtividade, os efeitos e o rendimento de intervenções, e estabelecer as inter-relações entre as intervenções e os contextos em que se localizam, para propiciar decisões mais racionais. (CONTANDRIOPOULOS, 1997).

Para Mendes (2011, p. 198), a avaliação dos serviços de saúde é uma:

(...) intervenção episódica sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou a utilizar múltiplas linhas de evidências; ela estabelece relações entre os componentes e analisa os resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde; ela faz-se com utilização de técnicas de pesquisa avaliativa; ela é uma atividade organizacional especializada conduzida por avaliadores; ela pode ser feita interna e externamente; e ela produz evidências.

Quanto ao sistema de acreditação como instrumento gerencial, segundo Mendes (2011), acreditação é um sistema de verificação periódico, voluntário e reservado, para reconhecimento da existência de padrões previamente definidos na estrutura, nos processos e nos resultados, com vistas a estimular o desenvolvimento de uma cultura de melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde da população.

Para a acreditação das RASs, faz-se necessário uma atitude acreditatória em todos os componentes da rede e de suas relações, de forma a tornar imperativa a sistemicidade e a continuidade da atenção à saúde. A acreditação dos serviços de saúde é regulada, pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), através da Resolução RDC nº 93, de 26 de maio de 2006. (ANVISA, 2006).

Por fim, a terceira dimensão que fundamenta a governança nas RASs, o sistema de financiamento das redes de atenção à saúde, é parte intrínseca à governança das RASs. O

sistema de financiamento nos sistemas de atenção à saúde, ao desempenhar o papel extrativo, o papel acumulativo e o papel alocativo, segundo Mendes (2011, p. 203):

consiste na mobilização de recursos financeiros de fontes primárias (indivíduos, famílias e empresas) ou de fontes secundárias (governo federal, estaduais e municipais e fontes externas), sua acumulação em fundos reais ou virtuais (poupança familiar, orçamento público, fundos públicos etc.) e sua distribuição por meio de uma variedade de arranjos institucionais para produzir serviços de saúde.

O sistema de financiamento da atenção à saúde deve ser feito de forma equitativa, incentivando os prestadores a prover serviços eficientes e qualificados, induzindo os serviços a produzir melhores níveis de saúde, gerando maior valor para as pessoas e do dinheiro empregado. Por conterem os incentivos econômicos que norteiam as ações de gestores e de prestadores de serviços para alcançar seus objetivos de eficiência, qualidade e coordenação da atenção, o sistema financeiro é um dos elementos mais potentes com que conta o ente de governança das RASs. (MENDES, 2011).

3.3 OS MODELOS DE ATENÇÃO À SAÚDE

O terceiro elemento constitutivo das RASs, que trata dos modelos de atenção às condições agudas e às crônicas de saúde, diz respeito ao modelo de atenção à saúde. É um sistema lógico que organiza o funcionamento das RASs, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias. Esse sistema é definido em função da visão prevalente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção às condições agudas prestam-se, também, à organização das respostas dos sistemas de atenção à saúde aos eventos agudos, decorrentes de agudizações das condições crônicas. O objetivo de um modelo de atenção às condições agudas é identificar, no menor tempo possível, com base em sinais de alerta, a gravidade do caso em situação de urgência ou emergência e definir o ponto de atenção adequado para a situação, considerando-se, como variável crítica, o tempo de atenção requerido pelo risco classificado. Para tanto faz-se necessário adotar um modelo de triagem de risco nas redes de atenção às urgências e às emergências. (MENDES, 2011).

Há um aumento constante na demanda por serviços de urgência e uma consequente pressão, sobre as estruturas e os profissionais de saúde. Sendo a urgência, a principal causa de insatisfação da população que utiliza o sistema de atenção à saúde. A solução tem sido a construção de alternativas de racionalização da oferta ou estratégias regulatórias, as quais se apresentam com variações, tendo em comum uma triagem de riscos. (MENDES, 2011).

Os modelos de atenção à saúde voltados para as condições crônicas são construídos a partir do modelo de atenção crônica, ou como na tradução literal de *Chronic Care Model (CCM)*, do qual derivam várias adaptações, aplicadas em diferentes partes do mundo. (MENDES, 2011). O modelo da atenção crônica foi proposto como resposta a grandes desafios colocados pela emergência das condições crônicas nos Estados Unidos.

Para Wagner (2002), os problemas das condições crônicas não podem ser resolvidos, exclusivamente, em consultas médicas presenciais, estruturadas na lógica da atenção às condições e aos eventos agudos. Deveria participar uma equipe multidisciplinar com atendimentos programados e monitoramento dos usuários. Esses atendimentos são estruturados com base em diretrizes clínicas construídas por evidências, em informações clínicas relevantes e em ações organizadas para oferecer a atenção adequada, podendo ser individual ou em grupos e incluem atenção às agudizações das condições crônicas; ações preventivas, educacionais e de autocuidado apoiado em um sistema de monitoramento realizado pela equipe de saúde, inclusive a distância por meio de telefone ou internet.

A proposta original do CCM foi adaptada em vários países e situações, gerando uma série de modelos derivados em países em desenvolvimento e em países desenvolvidos. A avaliação de diferentes modelos de atenção às condições crônicas mostra que eles derivam quase todos do CCM. O principal ponto de similaridade entre eles está em que se movem das intervenções sobre as condições e eventos agudos para o manejo integral da atenção às condições crônicas. (MENDES, 2011).

4 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Neste capítulo, abordaremos os temas: Atenção Primária à Saúde; Rede de Atenção à Saúde; o Acesso aos Serviços de Saúde; o Sistema de Referência e Contrarreferência; Regionalização da Saúde; a Regulação em Saúde; e a Participação Popular.

A Atenção Primária à Saúde é apresentada, conforme o conceito da OMS, tal como o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde que lhe prestará a assistência necessária.

No tocante a RAS, como sendo um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. O tema referência e contrarreferência está no sentido de sua importância para a concretização do princípio da integralidade, e o acesso aos serviços de saúde apresenta-se por sua variação ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem.

A Regulação em Saúde vem como um processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação da integração dos sistemas municipais, a fim de adequar a oferta e a demanda.

A participação popular como um privilégio democrático e constitucional, em nosso país, possibilita a expressiva participação do povo na formulação e no controle da política pública de saúde. É sob esta ótica que os Conselhos Municipais de Saúde encontram-se incluídos como sujeitos neste estudo de caso.

4.1 A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

O conceito de Atenção Primária, consagrado na Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), realizada pela Organização Mundial de Saúde, em 1978, em Alma-Ata, em sua definição de Atenção Primária à Saúde apresentou-se com as perspectivas de que a APS seria o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde. Foi definida em sua declaração final produzida pela Conferência como:

a atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de atenção à saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento

econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de atenção à saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e significa o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (WHO, 1978, p. 3 e 4).

Nesta direção, estudos confirmam a importância da Atenção Primária à Saúde. Estudo realizado por Starfield (1991), encontrou em seus resultados que as características da APS estavam associadas com as características políticas e que os países com baixo escore para a atenção primária à saúde obtinham resultados sanitários mais pobres, especialmente em relação aos indicadores da saúde infantil.

Outro estudo apontou que os países da Organização para a Cooperação e o Desenvolvimento Econômico (OCDE) com uma APS mais forte foram capazes de reduzir os anos potenciais de vida perdidos em relação aos países que apresentaram uma APS mais frágil. (MACINKO; STARFIELD; SHI, 2003). No contexto nacional, um estudo realizado em dois municípios brasileiros mostra que os usuários que tiveram experiências mais sólidas de APS referiram melhores estados de saúde. (MACINKO et al, 2004).

Quanto a Estratégia Saúde da Família, um estudo mostrou que o fator mais importante para a redução da mortalidade infantil no Brasil era a escolaridade das mulheres, seguido da ampliação da oferta da ESF, em que o aumento do número de equipes de ESF contribuiu, significativamente, para a diminuição da mortalidade infantil. (MACINKO; GUANAIS; SOUZA, 2006).

Diante dessas e de outras evidências apresentadas em estudos, a Organização Mundial da Saúde, em Relatório sobre a Saúde Mundial de 2008, propôs, no título do documento, uma nova consigna: “Atenção primária à saúde, agora mais que nunca”. Assim, as reformas com vistas a cobertura universal asseguram que os sistemas de atenção à saúde possam estabelecer a equidade em saúde, a justiça social e o fim da exclusão social, proporcionando, sobretudo o acesso universal através da APS. (WHO, 2008).

4.2 O ACESSO E O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O acesso aos serviços de saúde é considerado uma ferramenta de gestão voltada à organização e à diminuição da demanda reprimida, com o objetivo de agilizar a realização de atendimentos de média e alta complexidade, garantindo efetividade no atendimento em todos os níveis de assistência. Este deve ser efetivo, em que todos os níveis de assistência

necessitam ter funções definidas, com utilização de formulários de procedimentos e encaminhamentos. Essa necessidade parte do princípio de que quando o usuário retornar ao serviço de origem possibilita que a equipe possa ter conhecimento do que foi realizado nos demais níveis de atenção, com o devido registro em prontuário. (WITT, 1992).

O conceito de acesso pode variar ao longo do tempo, à medida que as sociedades evoluem e novas necessidades surgem. (SANCHEZ; CICONELLI, 2012). Com o acesso aos serviços de saúde o usuário experimenta e compreende o uso oportuno dos mesmos e a utilizá-los no devido momento. (TRAVASSOS; OLIVEIRA; VIACAVA, 2006).

Ampliar o acesso deve ser entendido como “a capacidade dos serviços de acolher as necessidades de saúde e, ao mesmo tempo promover a reorganização das práticas, tornando-as resolutivas e integrais (...)” (AKERMAN et al, 2006, p. 119).

A Atenção Básica (AB), por estar situada próxima às populações e desenvolver medidas de atenção primária à saúde, amplia o acesso dos usuários ao sistema. (HENRIQUE; CALVO, 2008). Segundo o MS, o papel estratégico da AB é o de consolidar, enquanto porta de entrada preferencial e eixo orientador para estruturação dos sistemas locais de saúde, o acesso ao sistema. (BRASIL, 2007a).

Nesta direção, embora com abordagens distintas, estudos realizados por Mendes (2004), Feuerwerker (2005) e Escorel e colaboradores (2007) contemplaram avaliações semelhantes ao considerar que a resolutividade da AB depende, em grau considerável, do acesso a exames e serviços especializados.

No entanto, no Brasil, a priorização da AB, não vem sendo acompanhada de investimento na organização dos demais níveis de atenção do sistema, nem na articulação entre eles para garantir a continuidade do cuidado, visando à integralidade da atenção. O acesso à atenção especializada é um desafio, na medida em que envolve questões complexas, relacionadas à qualidade dos serviços, à precarização dos salários, desorganização do sistema, à falta de integração e à articulação em vários níveis, e ao subfinanciamento. (TEMPORÃO, 2007). Este fato já havia sido apontado por Santos e Gerschman (2004), ao analisarem a segmentação da oferta de serviços de saúde no Brasil; eles afirmavam que o SUS parecia estar abrindo mão da prestação direta de serviços de maior complexidade.

Outros limites relacionados ao acesso à saúde são as restrições quanto ao horário de funcionamento e quanto ao número de vagas para consulta, à demora na obtenção do atendimento e às filas de madrugada. (OLIVEIRA; MATTOS; SOUZA, 2009). E ainda a existência de barreiras no acesso à saúde, justamente pelo número inadequado de profissionais para atender a demanda, o que dificulta a organização dos serviços. (SOUZA et al, 2008).

Os usuários não reclamam do material ou do grau de relacionamento oferecido pelos serviços, mas da demora em serem atendidos, seja para as consultas ou para os exames. Não consideram que o atendimento seja ruim, mas que faltam profissionais para a assistência. Portanto, a percepção geral é de que o problema não está na falta de medicamentos, de equipamentos ou na qualidade dos profissionais. O principal problema do sistema público de saúde, segundo a população, é a demora e a dificuldade em ser atendido. (BARROS, 2013), ou seja, o acesso.

Uma avaliação do processo de implementação do Programa Saúde da Família (PSF), atual Estratégia Saúde da Família (ESF), em municípios brasileiros realizada pelo MS entre 2001 e 2002, concluiu que “o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família.” (BRASIL, 2004b, p. 24).

Portanto, as dificuldades de acesso dos usuários à rede de atenção à saúde ocorrem tanto em Unidade Convencionais de Saúde quanto em Unidades com Estratégia Saúde da Família. Estas dificuldades demonstram que, apesar de tratar-se de modelos de atenção supostamente diferenciados, nenhum dos dois modelos consegue acolher seus usuários, havendo restrição de acesso e uma significativa parcela da população sem atendimento. (NONNENMACHER; WEILLER; OLIVEIRA, 2011).

O acesso aos serviços de saúde tem sido objeto de análise na literatura internacional, demonstrando a existência de filas de espera para marcação de consulta e atendimento, o que se configura como barreiras aos usuários. Para tanto, o sistema procura equilibrar a oferta em relação à demanda, adequando às práticas desenvolvidas na Atenção Primária à Saúde (APS), além de planos de contingência para circunstâncias incomuns. (KNIGHT et al, 2005; KOPACH et al, 2007).

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, estando estas implicadas quanto à localização da unidade de saúde, à disponibilidade de horários e aos dias de atendimento, com a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção da população quanto a adequação do acesso ao serviço. (STARFIELD, 2004).

Para Starfield (2004), se consideramos a possibilidade do atendimento à saúde ser dividido em fases, o acesso aos serviços seria a primeira na qual algumas questões estariam envolvidas, tais como: disponibilidade do serviço, distância, quais práticas estão sendo ofertadas, quais são os recursos disponíveis, qual a capacitação técnica dos profissionais e de que forma têm se responsabilizado pelos problemas da população.

Os limites ao acesso estão associados a fatores socioeconômicos, às barreiras geográficas e aos avanços relacionados à ampliação da oferta de serviços na RB. Portanto, dizem respeito a sua relação com as condições de vida da população, nutrição, habitação, poder aquisitivo e educação, englobando a acessibilidade aos serviços. Tais fatores extrapolam a dimensão geográfica, abrangendo a econômica, a cultural e o aspecto funcional pela oferta de serviços adequados às necessidades da população. (UNGLERT, 1990).

Neste sentido, faz-se necessário uma compreensão multidimensional no campo social e político, sempre presentes nas formulações e execução de políticas de saúde, tais como: a disponibilidade de serviços, a acessibilidade e a organização do serviço; o acolhimento; as necessidades e aceitação da população, buscando sempre a resolubilidade em todos os níveis de complexidade do sistema. (THIEDE; McINTYRE, 2008).

Portanto, as dimensões de análise são múltiplas e de caráter social, econômico e cultural, sendo a análise da categoria do acesso, alicerçada no princípio da equidade, na universalização da atenção, regionalização, hierarquização e participação popular. (ABREU DE JESUS; ASSIS, 2010).

Ao reconhecer a existência de diferentes abordagens sobre acesso, Thiede e McIntyre (2008) sugerem que este represente o “grau de ajuste” entre os serviços de saúde e a comunidade, considerando o acesso como a liberdade de usar serviços de saúde, sendo representado por três dimensões: disponibilidade, acessibilidade e aceitabilidade.

McIntyre e Mooney (2007) associam a noção de acesso à saúde a liberdade para o uso dos serviços. Utilizam atributos que definem o indivíduo conforme o seu nível educacional, sua bagagem cultural e crenças, sua condição social e econômica, entre outros, bem como a relação do indivíduo com o sistema de saúde, o que fará com que esse seja mais ou menos “livre” para utilizar o sistema com melhores ou piores condições de acesso à saúde.

Segundo Thiede e McIntyre (2008), a disponibilidade é caracterizada por todos os fatores de um serviço específico ao alcance do usuário. A acessibilidade está relacionada aos custos diretos e indiretos dos cuidados em relação à capacidade econômica do usuário; e, a aceitabilidade do serviço abrange o subjetivo, o social e o cultural. Como é o grau em que um serviço é culturalmente seguro, por isso, assegura informação como essencial para que um potencial acesso transforme-se em uso de serviços.

Donabedian (1973) utiliza o termo acessibilidade em vez de acesso e argumenta que o termo “acessibilidade” abrange uma gama maior de significados, pois está mais relacionado à oferta de serviços de um modo que responda às necessidades da população, do que à disponibilidade dos recursos em um determinado tempo e espaço. Enumera dois aspectos

importantes: o sócio-organizacional e geográfico. Os atributos sócio-organizacionais incluem a condição social, cultural, educacional ou econômica do indivíduo, que termina por influenciar significativamente o acesso à saúde. Já a acessibilidade geográfica, refere-se ao tempo e espaço; como a distância física entre o usuário e os serviços.

Nesta direção, vários enfoques foram abordados por diversos autores: o político, o geográfico, o funcional ou técnico, o cultural ou simbólico, e o econômico. (REIS et al, 1990; ADAMI, 1993; ACURCIO; GUIMARÃES, 1996; UNGLERT, 1999; RAMOS; LIMA, 2003; FERREIRA, 2004).

O enfoque político considera as relações que se estabelecem entre as políticas de saúde e a conformação histórica do modelo de atenção à saúde, considerando a possibilidade de desenvolver a consciência sanitária e a organização social.

O enfoque geográfico refere-se ao nível de distância a ser percorrida e os obstáculos a serem transpostos; ao tempo de locomoção e aos meios de transporte utilizados pelos usuários para chegarem às unidades de saúde e o tempo de permanência fora do trabalho.

O enfoque funcional ou técnico considera os tipos de serviços que são oferecidos, seu horário de funcionamento, sua qualidade e a disponibilização de um serviço de referência.

O enfoque cultural ou simbólico analisa inserção do serviço de saúde nos hábitos e costumes da população e refere-se, também, às representações sociais acerca do processo saúde/doença.

O enfoque econômico aborda a relação entre oferta e demanda e considera que a totalidade dos serviços de saúde não está disponível a todos os cidadãos, bem como o custo com o transporte coletivo utilizado pelo usuário do serviço de saúde e o tempo de espera despendido na ida e volta do serviço.

Neste contexto, as diferentes abordagens de análise sobre acesso aos serviços de saúde demonstram o nível de pluralidade e complexidade do tema, sendo que “acesso” é um conceito complexo; muitas vezes é empregado de forma imprecisa e pouco clara na sua relação com o uso de serviços de saúde. (TRAVASSOS; MARTINS, 2004).

Quanto ao Sistema de Referência e Contrarreferência (R/CR), é justamente por este sistema que se dá a articulação entre serviços de saúde. O Sistema de Referência e Contrarreferência é o modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, é reafirmada a perspectiva de um desenho lógico, prevendo a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos e assegurando vínculos em suas diferentes dimensões. Ou seja: intra-equipes de

saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores, e entre usuários e serviços/equipes. (BRASIL, 2011b).

A referência acontece quando um serviço de menor complexidade encaminha e remete usuários a um serviço de maior complexidade, acompanha-o e marca seu atendimento. A contrarreferência acontece quando a situação é resolvida e o mesmo é encaminhado novamente ao serviço de procedência para continuar o seu acompanhamento. Esta articulação deve garantir a continuidade de ações preventivas e curativas, tanto individuais quanto coletivas. (CECÍLIO, 2004).

Embora de extrema importância, os conceitos de referência e contrarreferência em saúde ainda estão pouco desenvolvidos, tanto em relação aos seus possíveis sentidos teóricos quanto no que se refere à sua efetivação. A referência e contrarreferência são fundamentais para a concretização do princípio da integralidade, mas, as experiências na viabilização deste modelo técnico-assistencial ainda são muito isoladas e frágeis. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

Mesmo identificado que, para favorecer o acesso a serviços de maior complexidade, há a necessidade do estabelecimento do sistema de R/CR (WITT, 1992), estudo para a avaliação da implantação da R/CR de consultas especializadas no sistema em um município brasileiro demonstrou a preocupação dos profissionais com a falta da R/CR de maneira efetiva, sobretudo para favorecer o acesso dos usuários aos serviços de saúde. (RODRIGES, 2009).

Diante de tantas abordagens e a necessidade de avanços na temática, as questões sobre o acesso aos serviços de saúde foram tema de publicação internacional que apresenta um panorama dos sistemas de saúde dos 12 países que integram o Conselho de Saúde Sul-Americano da União de Nações Sul-Americanas (UNASUL). (GIOVANELLA et al, 2012).

Entre estes 12 países participantes, seis consideram a saúde direito universal garantido constitucionalmente. Com variados enfoques, alguns desses países referem-se ao direito à saúde de modo geral, outros acrescentam preocupação expressa do direito à saúde também como garantia de acesso aos serviços de saúde. (GIOVANELLA et al, 2012).

Ainda sobre a relevância do tema, em nível nacional, a publicação do Observatório Nacional de Políticas de Saúde (ONPS), de julho de 2012, apresenta a inserção do termo saúde nos programas de governo em 26 capitais brasileiras. (ONPS, 2012).

O boletim do ONPS é elaborado por professores e estudantes de graduação e pós-graduação da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e Universidade

Estadual de Campinas (UNICAMP), para acompanhamento mensal da agenda da saúde nos poderes executivo, legislativo e judiciário. A sistematização de decisões, proposições e jurisprudências emanadas de cada um dos poderes instituídos da União permite detectar simultaneamente as vocações temáticas e as confluências políticas em relação às regras jurídico-legais para o sistema de saúde. (ONPS, 2012).

Nesta mesma direção, o ONPS, em uma análise dos programas de saúde dos candidatos a prefeito das capitais, em agosto de 2012, identificou que a proposta mais frequente é a ampliação do acesso aos serviços e ações de saúde na rede municipal em geral, especialmente na Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família. Apresenta ainda uma análise dos projetos de lei sobre saúde, pelos senadores e deputados, no período de 01 de janeiro a 31 de julho de 2012. Dentre estes projetos foram selecionados aqueles indexados com a palavra chave “saúde”. Destes foram registrados 68 projetos, 49 projetos de lei na Câmara de Deputados e 19 projetos no Senado Federal. O tema acesso foi objeto de seis destes projetos. (ONPS, 2012).

Recentemente, durante os dias 11 e 12 de abril de 2014, em Quito, Equador, foi realizada a V CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR, com o tema “*Cobertura Universal, Medicina Familiar y Participación Social*”. Este evento, organizado pelo Ministério de Saúde Pública do Equador, Organização Mundial de Médicos de Família (WONCA), Confederação Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), Sociedade Equatoriana de Medicina Familiar (SEMF), Município do Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) e Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OPS/OMS), teve como objetivo contribuir para o fortalecimento das políticas de saúde no campo da Atenção Primária e Medicina Familiar no continente Ibero-americano.

Entre as definições apresentadas no documento intitulado “Carta de Quito”, encontra-se contemplada a Cobertura Universal assim expressa tal como no idioma em que fora escrito:

Es la garantía del ejercicio del derecho a la salud para todos y todas, brindada por un sistema integral e integrado de base estatal con financiamiento público, que posibilita el acceso a los servicios, de manera equitativa, igualitaria, oportuna, integral y de calidad, basado en los principios de solidaridad y participación social, teniendo el Primer Nivel de Atención como eje del cuidado, con Médicos y Médicas de Familia y Comunidad en los equipos de salud, asegurando el primer contacto y el seguimiento continuo, centrado en la persona en su contexto familiar y comunitario, de conformidad con las necesidades de salud que presentan en el curso de sus vidas. (ECUADOR, 2014).

Em nível mundial, o informe sobre a governança global para a saúde, elaborado pela Comissão The Lancet/Oslo University e publicado pela Revista Lancet, em 2014, assinala que

a distribuição dos riscos em saúde continua sendo desigual e que o atual sistema de governança global falha na proteção à saúde da população, afetando desastrosamente os mais pobres, vulneráveis e marginalizados. (BUSS, 2014).

Segundo Paulo Buss (2014), coordenador do Centro de Relações Internacionais da FIOCRUZ, o informe da Comissão faz referência aos atores globais tais como empresas transnacionais, governos de países poderosos e agências das Nações Unidas, que frequentemente ignoram os efeitos negativos de suas iniciativas sobre a saúde das populações e os próprios sistemas de saúde, pois na maioria das vezes estas ações estão por interesses exclusivamente de mercado.

A Comissão atribui a cinco disfunções do sistema de governança global os efeitos adversos dos determinantes políticos globais da saúde. São eles: o déficit democrático, mecanismos fracos de responsabilização, imobilidade institucional, espaço político inadequado para a saúde e instituições inexistentes ou ainda embrionárias. (BUSS, 2014).

Para fazer frente a estas disfunções, a Comissão propõe três iniciativas principais:

- (1) Criação de uma plataforma de governança para a saúde que integre múltiplas partes, incluindo a sociedade civil global, as Nações Unidas, empresários e ONGs, para funcionar como fórum para a discussão de políticas e formulação de agendas, e avaliação das mesmas quanto a seu impacto sobre a saúde e a equidade em saúde, além de propor soluções adequadas e superação de barreiras à sua implementação;
- (2) Criação de um painel de monitoramento científico independente da influência de processos de governança global sobre a equidade em saúde, por meio da obrigatoriedade de análises de impacto sobre os níveis de equidade em saúde nas organizações internacionais;
- (3) Utilização de instrumentos de direitos humanos para a saúde, como os Relatores Especiais, assim como de sanções mais firmes contra um amplo espectro de violações cometidas por agentes não estatais, por meio do sistema jurídico internacional. (BUSS, 2014, p. 681).

Quanto a produções científicas, também é possível identificar nos últimos anos, publicações em revistas científicas sul-americanas, na temática Rede de Atenção à Saúde, mais especificamente quanto ao aspecto do Acesso aos Serviços de Saúde.

Em consulta realizada em 2013, na base de dados do Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde (LILACS), entre os cenários e abordagens dos estudos relacionados ao tema e publicados entre os anos de 2008 e 2012, encontraram-se 14 diferentes questões.

As quatro questões de maior incidência foram: conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde com sete publicações, acesso ao tratamento das pessoas com tuberculose com seis publicações, a via judicial para garantir o acesso a medicamentos com três publicações, acesso focado no controle do câncer de colo do útero com três publicações.

Entre as publicações relacionadas ao conhecimento sobre o acesso aos serviços de saúde foram identificados os seguintes estudos: análise de artigos originais publicados entre 1994 e 2009, sobre o acesso aos serviços de saúde; (VARGAS-LORENZO et al, 2010) estudo constatando que as principais necessidades da população estão inseridas nas atribuições da Unidade Saúde da Família; (SCHWARTZ et al, 2010) estudo concluindo que os sujeitos reconhecem o acesso a diversos serviços do SUS; (PONTES et al, 2010) estudo sobre o itinerário terapêutico; (FERREIRA; SANTO, 2012) estudo sobre populações deslocadas na Colômbia, em decorrência de conflitos armados (MOGOLLON-PEREZ; VAZQUEZ, 2008), (MORENO et al, 2009); estudo identificando as diferenças no acesso aos serviços da saúde entre as populações usuária do regime contributivo ou subsidiado na Colômbia. (DIAZ-GRAJALES; ZAPATA-BERMÚDEZ; ARISTIZÁBAL-GRISALES, 2011).

Outras dez questões também foram identificadas, todas referentes ao acesso em diversas dimensões: à atenção básica e detecção da hanseníase; aos serviços oncológicos; aos serviços de assistência ocular; aos serviços de emergência; aos serviços para portadores de hipertensão arterial e ou diabetes; ao serviço de reprodução humana assistida; ao diagnóstico para crianças com tumores do sistema nervoso central; à saúde bucal; à mamografia; aos serviços por portadores de osteossarcoma.

É possível perceber que houve vários enfoques nas publicações sobre acesso aos serviços de saúde. Tal constatação vai ao encontro do panorama dos sistemas de saúde no nível internacional, sobretudo com relação à crescente preocupação do direito à saúde também como garantia de acesso aos serviços de saúde a todos os segmentos, evidenciado inclusive pela questão da via judicial para garantir o acesso aos medicamentos. (GIOVANELLA et al, 2012).

Publicações sobre o Acesso aos Serviços de Saúde são de extrema relevância, pois ampliar o acesso aos serviços trata-se de um desafio ao sistema de saúde que é muito dependente da atenção básica. Há necessidade de lembrar que o Brasil, após 22 anos de SUS, tem 50% de abrangência da atenção básica para a população, referindo como ideal o mínimo de 80%. O acesso nos serviços de emergência é feito sem a existência de vínculo e em muitos locais a qualidade deixa a desejar. (CAMPOS, 2013).

Foi possível perceber que a questão do acesso aos serviços de saúde encontra-se contemplada em publicações científicas de periódicos sul-americanos, estando em consonância ao sugerido pelo Conselho de Saúde Sul-Americano da União de Nações Sul-Americanas.

Nas publicações selecionadas identificaram-se 14 diferentes temas relevantes na abordagem quanto ao acesso aos serviços de saúde, o que evidencia a diversidade de aspectos a serem considerados quanto a esta prioridade. Aspectos estes que estão acima de barreiras geográficas, mas, sobretudo quanto às dificuldades ou limitações individuais e necessidades especiais do segmento populacional ao qual o serviço de saúde se propõe a prestar assistência.

4.3 A REGIONALIZAÇÃO, A TERRITORIALIZAÇÃO E A REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Diferenciadas quanto aos objetivos e à sua composição, as articulações de rede são muito semelhantes quanto ao seu desenho organizacional, sobretudo quando abordadas a partir dos mesmos problemas e desafios gerenciais e operacionais. (WWF-BRASIL, 2003).

Referente aos aspectos gerenciais e operacionais, fazendo uma tipologia desses casos de rede no Brasil, quanto às características de propósito e fator de aglutinação, as redes podem ser divididas, para efeito didático, em duas grandes categorias: redes temáticas e redes territoriais.

As redes temáticas:

(...) têm num determinado tema, questão, problema ou política, o elemento que justifica a sua organização e em torno do qual gravitam os atores participantes. É o tipo mais comum de rede no campo da sociedade civil (e também no âmbito da produção científica). Muitas vezes os temas com que tais redes trabalham são amplos e comportam uma multiplicidade de abordagens: por exemplo, defesa da infância e da adolescência, meio ambiente, saúde etc. (WWF-BRASIL, 2003, p. 52).

As redes territoriais:

(...) têm num determinado território o ponto comum de aglutinação dos parceiros. Sua base geográfica pode ser um Estado, um conjunto de municípios, uma cidade, um bairro, um bioma ou, por exemplo, um rio, uma floresta, uma área de proteção ambiental. Sua organização e sua ação articulam-se em função do território escolhido e, por conta disso, de modo geral, arregimentam o conjunto de atores sociais que habitam ou trabalham no território ou em seu entorno. Aqui, numa acepção mais precisa, o território tem características estritamente locais ou pontuais. (WWF-BRASIL, 2003a, p. 53).

Embora uma rede nacional possa estar também relacionada a uma dimensão territorial, para seu funcionamento ela deverá ter um eixo temático orientador. Nas redes territoriais o local é o elemento de convergência da participação. Neste sentido, um grande conjunto de redes combina as duas características, aborda uma determinada temática e tem a sua ação circunscrita a um espaço geográfico específico. (WWF-BRASIL, 2003).

Quanto ao escopo da ação, as redes também podem ser classificadas em dois tipos gerais: redes de troca de informação e redes operativas. As redes de troca de informação:

(...) são comuns no âmbito da produção científica e, hoje, com a disseminação da Internet, praticamente existem em todos os campos da atividade humana. Tais redes consistem em espaços de veiculação de notícias e intercâmbio de conhecimento, de modo geral, por meio de tecnologias de comunicação e informação. Embora exerçam uma série de procedimentos de caráter colaborativo e desenhem-se organizacionalmente de forma horizontal, essas redes restringem-se ao trabalho de troca de informação. (WWF-BRASIL, 2003, p. 53).

As redes operativas:

São elas, necessariamente, redes de troca de informação, mas essa função é apenas mais uma entre tantas atividades que realiza. Esse tipo de rede também desenvolve pesquisas e estudos; estabelece e conduz processos de interlocução e negociação políticas; realiza o acompanhamento de políticas públicas; promove processos de formação e capacitação; faz campanhas públicas de sensibilização, esclarecimento e mobilização; atua na defesa e conquista de direitos sociais e causas coletivas; capta e distribui recursos; presta serviços (...). (WWF-BRASIL, 2003, p. 53).

Com esta distinção é possível definir a rede sobre a qual será desenvolvido este estudo. Sejam temáticas ou territoriais, ou mesmo temáticas e territoriais, as redes que abordadas são as redes operativas.

A incorporação do conceito de território no campo da saúde coletiva é adotada para pensar a dimensão espacial na organização dos serviços e nos processos saúde-doença na realidade do sistema de saúde brasileiro. O reconhecimento do território é um caminho para a promoção da saúde ao entender a complexidade e as necessidades do cotidiano. (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Para Bech (2002), a definição de território para a organização da atenção à saúde se sustenta em modelos elaborados a partir de políticas sanitárias ou estudos epidemiológicos, onde a determinação de uma base territorial é feita com a avaliação dos recursos existentes e das distâncias, calculando a necessidade de tempo para localizar e prestar assistência ao usuário.

As regiões, os territórios e microáreas são essenciais para estabelecer as unidades de rede de serviços de saúde. Neste cenário, o local é o município, podendo ainda ser um conjunto de municípios com sua organização social formada por sua história de passado e de presente (BECH, 2002). Nesta mesma direção, Misoczky (2002) ressalta a importância de compreender território partindo da territorialidade conhecendo os fluxos espaciais e

temporais, identificando as relações de poder e os interesses em disputa e, sobretudo compreendendo o movimento e a política.

Neste sentido, Bech (2002, p. 60-1), quanto a definição de unidades territoriais, apresenta que:

A distribuição territorial é uma distribuição geográfica, a partir da qual podem estabelecer-se relações com premissas etiológicas, naturais ou sociais da população estudada. O espaço território é a natureza modificada pela ação humana e, assim, resulta de uma construção social. O espaço-território social, organizado, profundamente desigual, determina a ocorrência dos fenômenos e processo da saúde-enfermidade e sua distribuição, assim como a forma de prestação dos serviços.

Quanto às discussões sobre território, Monken e colaboradores (2008) referem que estas incorporam o aspecto cultural, pois este carrega, de forma indissociável, uma dimensão simbólica, ou cultural em sentido estrito, e uma dimensão material de natureza econômico-política. O território é frequentemente utilizado como estratégia para coleta e organização de dados sobre ambiente e saúde, no entanto faz-se necessária a clareza de que os processos sociais e ambientais não se restringem a estes limites, vão além.

Na legislação que regula o SUS, o Plano Diretor de Regionalização (PDR) é o instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência, sendo este fundamentado na conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios, da conformação de redes hierarquizadas de serviços. (BRASIL, 2002; 2009a).

Menicucci e colaboradores (2008), analisando a implementação de alguns instrumentos de gestão, entre os quais o PDR em regionais de saúde, obtiveram resultados que permitem afirmar que o desenho institucional proposto para a regionalização é capaz de resolver os dilemas da ação coletiva, especialmente porque propiciam a coexistência de autonomia, interdependência e relações horizontais (não hierarquizadas) entre os municípios, havendo mediação e coordenação desenvolvidas pelo Estado e União.

Com o Pacto pela Saúde, a regionalização ganha destaque em 2006 com a aprovação e regulamentação pelas portarias ministeriais nº 399 e 699. (BRASIL, 2006a; b). O Pacto pela Saúde visa contribuir para a regionalização e o aperfeiçoamento de redes de atenção à saúde. (GADELHA et al, 2011).

O MS ressalta a saúde e a territorialização, destacando a importância da organização de redes regionalizadas de atenção à saúde. Define estas redes como estruturas integradas de provisão de ações e serviços de saúde, institucionalizadas pela política pública em um determinado espaço regional a partir do trabalho coletivamente planejado e do

aprofundamento das relações de interdependência entre os atores envolvidos. (BRASIL, 2008b).

Conforme anteriormente apresentado no capítulo “Arcabouço Teórico”, Rede de Atenção à Saúde têm por objetivo “promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica.” (BRASIL, 2010b, p. 4).

Na agenda atual de consolidação das redes de atenção à saúde, a partir de 2011, o tema das RAS passou a ocupar o centro da política de atenção à saúde do SUS, conforme a Portaria GM 4.279, de 31 de dezembro de 2010, que formaliza o Documento de Referência “Diretrizes para a Organização das RAS no âmbito do SUS.” (CONASEMS, 2013).

Na construção da RAS devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal. Portanto, tem como característica “formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.” (BRASIL, 2010b, p. 4).

Com base nessas diretrizes, a atual política de atenção à saúde propõe estruturar as RAS em cada território definindo as regiões de saúde, a partir da pactuação em cada Estado pelo conjunto dos municípios. Nestes territórios progressivamente se vão pactuando as chamadas redes temáticas tais como: Rede de Urgência e Emergência (RUE); Rede Cegonha; Rede de Atenção Psicossocial; Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência; e Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas. (CONASEMS, 2013).

Segundo Silva (2011), os principais componentes das redes integradas e regionalizadas de atenção à saúde são os espaços territoriais e suas respectivas populações com necessidades e demandas por ações e serviços de saúde; os serviços de saúde devidamente caracterizados quanto a suas funções e objetivos; a logística que orienta e controla o acesso e o fluxo dos usuários; e o sistema de governança.

Embora as redes não precisem necessariamente de territórios definidos, isso representa uma evidente vantagem. Essa condição favorece uma definição mais clara das responsabilidades de cada serviço situado no território e uma melhor articulação intersetorial para intervenção em determinantes de saúde através de integração com outras políticas públicas. Tal configuração é considerada imprescindível na cooperação entre os atores e organizações de saúde da região para o atendimento das demandas e necessidades em saúde

da população, oferecendo condições para construção de vínculos e corresponsabilização entre profissionais e usuários. (SILVA, 2008; MENDES, 2009; OPAS, 2010).

Quanto à relação entre o espaço territorial, a população e os serviços de saúde, é necessário enfatizar a importância da APS como coordenadora do cuidado e ordenadora do acesso dos usuários para os demais pontos de atenção. (CONILL; FAUSTO, 2007; FRENK, 2009). Segundo Silva (2008), seu fortalecimento depende de um conjunto de condições entre as quais: a disponibilidade de médicos generalistas; ações de saúde abrangentes e articuladas; gerenciamento do cuidado visando garantir sua continuidade, através da regulação do acesso e integração com os demais níveis de atenção; escopo assistencial amplo, e integração matricial com os especialistas.

A logística para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas malhas das redes pressupõe meios de identificação individual das pessoas, melhor conhecimento das famílias e das condições clínicas dos usuários e cadastramento dos profissionais e prestadores de serviço. Além disso, define as normas para regular o acesso e o fluxo dos usuários, com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais. (SILVA, 2011).

As redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde oferecem condição estruturalmente mais adequada para efetivação da integralidade da atenção e reduzem os custos dos serviços com a racionalidade na utilização dos recursos. Neste contexto, Mattos (2006) destaca três aspectos relevantes:

O primeiro é o da integralidade vertical, com a busca das necessidades dos usuários em sua integralidade e de forma holística, captando o que pode beneficiar sua saúde nos seus contatos com os diferentes pontos do sistema. (MATTOS, 2006).

O segundo é o da integralidade horizontal, onde as necessidades dos usuários geralmente não são atendidas a partir de um primeiro ou único contato com o sistema de saúde, havendo necessidade de contatos sequenciais, com diferentes serviços e unidades, bem como a monitorização desse trajeto. O terceiro diz respeito à interação entre políticas públicas e, portanto, à intersetorialidade, havendo, aí, a necessidade das redes de atenção à saúde não estarem restritas ao setor saúde, e sim incluindo políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença. (MATTOS, 2006).

De igual forma, um aspecto importante é a relação entre os níveis de atenção da rede assistencial, os quais não devem ter o formato piramidal, o qual situa os Serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) na base da pirâmide e os demais, em complexidade crescente, indo até o topo. Os serviços de saúde interagem entre si em diferentes fluxos, em uma relação horizontalizada com elevado grau de interdependência. Neste sentido, um princípio

importante a ser adotado é o do sistema em redes usuário-centrado, no qual devem estar instituídas linhas de cuidado levando em conta a singularidade de suas demandas e necessidades. (SILVA, 2011).

Neste particular quanto às necessidades, é importante destacar a organização dos serviços de saúde e as tecnologias para enfrentar um quadro epidemiológico como atualmente se tem no Brasil, em que o rápido envelhecimento da população, com a redução da mortalidade geral e da taxa de fertilidade das mulheres, se expressa no predomínio das doenças crônico-degenerativas como as principais causas de morbimortalidade. Nesta configuração, os sistemas de saúde, obrigatoriamente, devem organizar redes de cuidados voltados para doenças crônicas, processos neuro-degenerativos, quadros depressivos, entre outros. (TEMPORÃO, 2014).

Para Temporão (2014, p. 130), visando ao atendimento das demandas conforme o quadro epidemiológico atual do país, “Redes integradas que coloquem a atenção primária em saúde como eixo dessa estrutura em torno do qual se organizam práticas, estratégias e tecnologias, terão maior sucesso na busca da qualidade e da equidade em saúde”.

Partindo das premissas anteriormente citadas, a logística para orientar o acesso e o fluxo dos usuários nas malhas das redes pressupõe meios de identificação individual, melhor conhecimento das famílias, das condições clínicas dos usuários e o cadastramento dos profissionais e prestadores de serviço. É imprescindível, neste contexto, definir as formas de acesso e o fluxo dos usuários, com destaque para a utilização de protocolos técnico-assistenciais. (SILVA, 2011).

4.4 A REGULAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE BRASILEIRO

O processo de regulação no Sistema de Saúde brasileiro ordena e orienta os fluxos assistenciais, com responsabilidades na relação entre a gestão e os vários serviços de saúde, bem como a relação entre esses serviços. É definida como o processo de operacionalização, monitoramento e avaliação da solicitação de consultas, internações, procedimentos/exames, observando também o cumprimento de protocolos estabelecidos. Estabelece um redimensionamento da oferta, evita fluxos paralelos quando baseados em critérios não científicos ou não pactuados, bem como em relações pessoais. (VALARINS, 2010).

Quanto ao marco legal, na Norma Operacional de Assistência à Saúde 01 (NOAS/SUS/01/2002), a definição de regulação do acesso é apresentada como gestão em saúde e deve estar voltada para a disponibilização do recurso mais adequado às necessidades

do usuário. Propõe que estados e municípios organizem suas estruturas de controle, regulação e avaliação para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde, otimizando recursos e reorganizando a assistência. (BRASIL, 2002).

O Pacto pela Saúde, nas diretrizes do pacto de gestão, apresenta a regulação do acesso como sendo a oferta de meios e ações que garantam o direito constitucional de acesso universal, integral e equânime, independentemente de pactuação prévia estabelecida na Programação Pactuada e Integrada (PPI), bem como da disponibilidade de recursos financeiros. (BRASIL, 2005).

O MS aprofunda este conceito e o apresenta como a compreensão da concepção que institui ao poder público o desenvolvimento de sua capacidade sistemática em responder às demandas de saúde em seus diferentes níveis e etapas do processo assistencial, enquanto um instrumento ordenador, orientador e definidor da atenção à saúde, devendo ser realizado de forma rápida, qualificada e integrada (BRASIL, 2006b).

Considerando a necessidade de fortalecer o processo de regionalização, hierarquização e integração das ações e serviços de saúde, o MS instituiu a Política Nacional de Regulação do SUS, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo. (BRASIL, 2008b).

Neste sentido, atualmente em vigor, a Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, que Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, estabelece que as ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS (BRASIL, 2008b, p.1) estão organizadas em três dimensões de atuação, necessariamente integradas entre si.

A primeira dimensão, a Regulação de Sistemas de Saúde,

(...) tem como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macrodiretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

A segunda dimensão, a Regulação da Atenção à Saúde,

(...) exercida pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, conforme pactuação estabelecida no Termo de Compromisso de Gestão do Pacto pela Saúde; tem como objetivo garantir a adequada prestação de serviços à população e seu objeto é a produção das ações diretas e finais de atenção à saúde, estando, portanto, dirigida aos prestadores públicos e privados, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo estratégias e macrodiretrizes para a Regulação do Acesso à Assistência e Controle da Atenção à Saúde, também denominada de Regulação Assistencial e controle da oferta de serviços executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância da atenção e da assistência à saúde no âmbito do SUS.

A terceira dimensão, Regulação do Acesso à Assistência,

(...) também denominada regulação do acesso ou regulação assistencial, tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização.

A Política Nacional de Regulação do MS tem por objetivo promover o acesso equânime, universal e integral aos usuários do SUS. A regulação do acesso às ações de atenção à saúde contribui para otimizar a utilização dos serviços, em busca da qualidade da ação, da resposta adequada aos problemas clínicos e da satisfação do usuário. (BRASIL, 2008b).

Vale salientar que anteriormente à publicação da Portaria Nº 1.559, ainda que se baseassem na legislação da época, Santos e Merhy (2006) já referiam que os municípios, ao assumirem a gestão do Sistema, assumem o planejamento das ações de regulação, adequando a oferta de serviços às necessidades identificadas, garantindo o acesso dos cidadãos aos serviços, atuando igualmente sobre a oferta e sobre os prestadores de serviços, promovendo a equidade do acesso, garantindo a integralidade da assistência e permitindo ajustar a oferta às necessidades do usuário.

No entanto, segundo Nascimento et al (2009), verifica-se que a regulação em saúde não ocorre de forma eficaz ou contextualizada, levando ao não cumprimento das referências pactuadas, ocasionando por consequência dificuldades de acesso da população às ações e serviços. Segundo os autores, na regulação em saúde é preciso entender o que é um processo técnico, científico e político de intervenção no sistema de saúde e de coordenação da integração dos sistemas municipais, a fim de adequar a oferta e a demanda.

4.5 PARTICIPAÇÃO POPULAR

Muito embora existam dificuldades de operacionalização com relação aos processos mais globais da sociedade, a maioria das declarações nacionais e internacionais da área da saúde e dos documentos da Promoção da Saúde incorpora a ideia de participação da comunidade. Ela configura-se como um dos pressupostos centrais de programas e práticas de saúde pública. (PORTO; PIVETTA, 2009).

A participação popular na gestão da saúde é prevista pela Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988), em seu artigo 198, que trata das diretrizes do SUS: descentralização, integralidade e participação da comunidade.

Essas diretrizes orientam a organização e o funcionamento do sistema, com o intuito de torná-lo mais adequado a atender às necessidades da população brasileira. (WENDHAUSEN; BARBOSA; BORBA, 2006). Assim, a Constituição ampliou a responsabilização do Estado em relação às ações e serviços de saúde por meio da universalidade do direito do cidadão e da integralidade da atenção à saúde. (BRASIL, 2009a).

A Constituição de 1988 determinou, no artigo 198, que a sociedade participasse da gestão do sistema de saúde. (BRASIL, 1988).

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Dois anos após a promulgação da Constituição Brasileira, duas leis trouxeram conteúdos importantes sobre essa participação, ao abordarem aspectos relacionados ao Conselho Nacional de Saúde. Foram elas a Lei nº 8.080, de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde, e a Lei nº 8.142, do mesmo ano.

A Lei nº 8.080/90 (BRASIL, 1990a), em seu artigo 12, determina que:

Serão criadas comissões intersetoriais de âmbito nacional, subordinadas ao Conselho Nacional de Saúde, integradas pelos Ministérios e órgãos competentes e por entidades representativas da sociedade civil.

Parágrafo único. As comissões intersetoriais terão a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

A Lei nº 8.142/90 (BRASIL, 1990b), no segundo parágrafo, estabelece que:

O Conselho de Saúde, em caráter permanente e deliberativo, órgão colegiado composto por representantes do governo, prestadores de serviço, profissionais de saúde e usuários, atua na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde na instância correspondente, inclusive nos aspectos econômicos e financeiros, cujas decisões serão homologadas pelo chefe do poder legalmente constituído em cada esfera do governo.

A partir da legislação acima descrita, a atuação da sociedade no SUS ganhou uma nova dimensão. A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social” sobre a política de saúde. É exercida por meio dos Conselhos de Saúde, e participa do planejamento das políticas públicas, fiscaliza as ações do governo, verifica o

cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisa as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (BRASIL, 2014e). A participação popular e o controle social em saúde constituem-se, portanto, na garantia de que a população participará do processo de formulação e controle das políticas públicas de saúde. (ARANTES et al, 2007).

Neste sentido, os conselhos de saúde e as conferências de saúde constituem-se, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde nas três esferas de governo. Através deles, a sociedade se organiza para garantir a saúde como direito de todos e dever do Estado. (BRASIL, 2014e).

As Conferências de Saúde são realizadas no mínimo a cada quatro anos, por meio de uma Conferência Nacional, Conferências Estaduais e Municipais, propiciando oportunidades de discussão e análise da situação geral de saúde da população e estabelecendo orientações para o funcionamento dos serviços de saúde do SUS. (BRASIL, 1990b).

Os conselhos de saúde são definidos como organismos colegiados de caráter deliberativo e permanente, compostos por representantes do governo, prestadores de serviços, profissionais de saúde e usuários, sendo que a representação dos usuários dá-se de forma paritária em relação aos demais segmentos. Igualmente estão presentes, em todas as esferas de governo, os conselhos municipais, os conselhos estaduais e o Conselho Nacional de Saúde. (BRASIL, 1990b).

A importância dos Conselhos de Saúde na programação física e orçamentária já é possível de ser identificada desde a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde de 1993 (NOB/93) publicada por Portaria Ministerial Nº 545 de 20 de maio de 1993. A eles é atribuída responsabilidade da aprovação dos critérios de programação dos quantitativos dos serviços, entre prestadores públicos, filantrópicos e privados, assegurado o acesso ao universo de prestadores existentes. Decisões estas que necessitam ser definidas com base em dados epidemiológicos, características demográficas e capacidade instalada, configurando uma rede regionalizada hierarquizada de serviços, pois trata-se inclusive, das prioridades da referência e contrarreferência de usuários no sistema de saúde. (BRASIL, 1993).

As potencialidades do espaço democrático dos Conselhos de Saúde são reconhecidas por Gonçalves e Puntel (2002, p. 168) como sendo:

espaços de conflito e integram os atores com diferentes projetos e interesses. Mas são também possíveis espaços onde os sujeitos sociais podem, através do controle social, exercer a cidadania, o poder participativo, e construir

sujeitos políticos com capacidade e potência para intervir positivamente na implementação do SUS no nível local.

Além dos conselhos municipais, existe outra opção de participação direta da sociedade na gestão da saúde local, que são, em alguns municípios, os chamados conselhos gestores locais. Estes órgãos funcionam em hospitais, ambulatórios e unidades de saúde, tendo composição tripartite: funcionários do SUS, usuários e representantes da administração municipal. (BRASIL, 2003b).

Neste contexto, é válido salientar que o direito à saúde, reconhecido na Constituição de 1988, exige profundas mudanças culturais com desafios para serem vencidos. Nesta direção e com o objetivo de avançar na implantação dos princípios constitucionais referentes à saúde no Brasil e definir as responsabilidades de gestão de cada ente federado, foi e vem sendo construído o Pacto pela Saúde. (CEAP, 2009).

O Pacto pela Saúde é um esforço das três esferas de governo, conjuntamente com o Conselho Nacional de Saúde, no sentido de rediscutir a organização e o funcionamento do SUS. Esta pactuação contempla três dimensões: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, e Pacto de Gestão do SUS. (CEAP, 2009).

O Pacto pela Vida “tem como foco central estabelecer um conjunto de prioridades a serem assumidas pelos gestores das três esferas.” (CEAP, 2009, p. 11). Essas prioridades buscam enfrentar os principais problemas de saúde que assolam o país, os estados, as regiões e os municípios, sendo o objetivo do Pacto eleger prioridades nacionais e incentivar que estados e municípios elejam suas prioridades a partir de suas realidades loco-regionais. (CEAP, 2009).

O Pacto em Defesa do SUS “objetiva discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Repolarizar o debate em torno dos SUS, para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira, retomando seus princípios declarados na Constituição Federal” (CEAP, 2009, p. 12). Na defesa dos princípios do SUS, três frentes de ação foram definidas: a implantação de amplo processo de mobilização social para divulgar a saúde como direito de todos e o SUS como política pública de responder a esse direito; a mobilização da sociedade no sentido de assegurar mais recursos para a saúde; e a ampliação do diálogo com a sociedade. (CEAP, 2009).

No Pacto de Gestão do SUS, “suas diretrizes dizem respeito à Regionalização, ao Financiamento, ao Planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da Atenção à Saúde (PPI), à Regulação da Atenção à Saúde e da Assistência, à Participação e Controle Social, à Gestão do Trabalho e à Educação na Saúde.” (CEAP, 2009, p. 13). No Pacto de Gestão do

SUS é ressaltado o reconhecimento da participação da comunidade como aspecto importante e estrutural na gestão do SUS. Parte daí a necessidade de uma atuação atenta no sentido de participar na construção de uma proposta de Atenção Básica integrada ao Sistema para atender às demandas de saúde da população. Participação esta que se acentua no processo de regionalização, cujo desenho precisa garantir os serviços a partir das necessidades e não da oferta. (CEAP, 2009).

Igualmente de suma importância para as questões do acesso às ações de saúde e de participação popular são as políticas públicas de governo. Neste sentido, referente ao processo eleitoral para Presidência da República, que foi realizado em 2014, Scheffer e Bahia (2014), com o objetivo de subsidiar a reflexão sobre enunciados, exposições sumárias, ações explicitadas, subtendidas e inações (não ações), que possam surgir das propostas dos candidatos e de seus partidos, analisam as proposições para a saúde contidas nos programas de governo registrados no Tribunal Superior Eleitoral (TSE).

Nesta análise apresentada pelos autores, os programas de governo reafirmam vagamente o compromisso com um SUS indefinido em termos de abrangência e garantias de acesso e utilização de serviços, e desvinculam o sistema de saúde das ações para melhorar as condições de vida da população (SCHEFFER; BAHIA, 2014).

Sem assumir compromisso com a reforma política, a maioria dos programas dos candidatos promete ampliar espaços de participação. “No entanto, as propostas são pouco claras quanto a real inserção ampla dos cidadãos nos processos decisórios, sugerindo apenas conceitos ou gradações do que já existe em termos de participação popular, consulta ou controle social.” (SCHEFFER; BAHIA, 2014, p. 18)

Neste contexto, é válido salientar que o efetivo exercício do controle social na prática, é uma necessidade para que este não ocorra apenas no âmbito da legislação que rege o SUS, mas que ocupe de modo pleno esses diversos espaços de participação social. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

O controle social é uma importante estratégia de apoio para a descentralização, no qual os conselhos desempenham papel importante na consolidação do SUS. (MISOCZKY, 2001). A participação social está prevista em lei, no entanto trata-se de um processo em construção e aceitação, processo este que depende de mobilização da sociedade. Neste sentido, as Conferências têm um importante papel na formação da consciência da comunidade sobre os seus direitos e a importância do SUS. (RIBEIRO et al, 2014).

5 O CASO: CARACTERIZAÇÃO

Neste capítulo será apresentado o “caso” para estudo com sua Unidade Integrada 1, com os quatro municípios que integram a microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: Rio Grande/RS, São José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS; e a Unidade Integrada 2, o Ambulatório do HU/FURG. É apresentada, portanto, a configuração político administrativa em que as Unidades Integradas de Análise se encontram.

Para obter informações que permitam identificar as condições de saúde de uma população, é necessário desenhar o seu perfil demográfico, socioeconômico e epidemiológico. Para tanto, neste capítulo, são apresentados alguns dados sobre os quatro municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul e uma breve contextualização no nível regional e estadual quanto ao plano de regionalização em vigor.

5.1 CONTEXTUALIZAÇÃO NO NÍVEL ESTADUAL E REGIONAL

Na assistência ambulatorial, referente às consultas e exames especializados, a principal porta de entrada do SUS são as Unidades Básicas de Saúde e as Equipes de Saúde da Família, que integram a Atenção Básica em Saúde. Quando o usuário procura esses serviços e a avaliação médica dessas unidades indica a necessidade de realização de consulta com um especialista, a Secretaria Municipal de Saúde é acionada para marcar a consulta junto a um serviço oferecido no próprio município ou em um município de referência para aquela especialidade. O processo de marcação de consulta é chamado de regulação ambulatorial. (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Ao encontro destas demandas no sistema de saúde, o governo do Estado do Rio Grande do Sul definiu, em 2011, sete projetos prioritários para a área da saúde, entre os quais o Projeto Centro de Especialidades. O projeto, dentro do esforço para a regionalização do atendimento à saúde, prevê a realização de um diagnóstico das regiões com vazios assistenciais e a consequente implantação de Centros de Especialidades para suprir as necessidades mapeadas. (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

A ação justifica-se pelo fato de que, historicamente, a assistência à saúde de média e alta complexidades está concentrada na capital e algumas cidades polo, como Caxias do Sul, Erechim, Ijuí, Passo Fundo, Pelotas, Rio Grande, Santo Ângelo, Santa Cruz, Santa Maria e Santa Rosa. No entanto, nesses municípios, verifica-se dificuldade de acesso em determinadas especialidades, no diagnóstico e tratamento, sendo necessário, portanto, enfrentar os vazios

assistenciais, estruturando nas regiões mais carentes de serviços, centros de especialidade de média e alta complexidades, de natureza pública, conforme a necessidade e perfil epidemiológico da região. (RIO GRANDE DO SUL, 2014a).

Neste sentido foi constituído, através da Portaria Nº 87/2013, de 08 de março de 2013, da Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul (SES/RS), o Grupo Executivo de Redes de Atenção à Saúde - GERAS, como um dispositivo para implementar e acompanhar de forma articulada e integrada as RAS – RS. (RIO GRANDE DO SUL, 2013).

O GERAS tem como atribuições:

- I - Elaborar normas, pareceres, notas técnicas que apoiem a gestão articulada e integrada das RAS - RS;
- II - Definir fluxos, padrões que orientem os departamentos da SES na gestão das RAS - RS;
- III - Buscar mecanismos de gestão que agilizem processos;
- IV - Promover a integração, entre os departamentos envolvidos, na implementação e acompanhamento das RAS;
- V - Estabelecer alinhamento conceitual do tema;
- VI - Planejar, monitorar, acompanhar e avaliar a implementação das RAS;
- VII - Promover, estimular e facilitar a geração e o fluxo das informações dos produtos do GERAS (RIO GRANDE DO SUL, 2013, p. 1).

Atualmente, com o objetivo de modernizar e agilizar o processo de marcação de consultas e exames especializados pelo SUS, o Governo do Estado colocou em funcionamento, em novembro de 2011, a Central Estadual de Regulação Ambulatorial. Através de um sistema totalmente informatizado, a Central assumiu, em um primeiro momento, a regulação do acesso às consultas oferecidas pela Capital aos pacientes da Região Metropolitana e Interior. (RIO GRANDE DO SUL, 2014b).

Todo o processo de marcação de consultas começa nas unidades de saúde do SUS, onde o médico avalia a necessidade de encaminhamento do paciente a uma avaliação especializada. A solicitação é encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), que cadastra o pedido no sistema informatizado, e este indica a disponibilidade para a marcação. (RIO GRANDE DO SUL, 2014b).

Após a consolidação da regulação do acesso às consultas e exames oferecidos pela Capital aos pacientes da região metropolitana e interior, o sistema será expandido para regular o acesso ao atendimento ambulatorial em outros municípios de referência. (RIO GRANDE DO SUL, 2014b).

Para atender estas demandas do sistema de saúde é necessária uma estrutura operacional que dê suporte técnico e gerencial. Neste aspecto, faz parte da estrutura

organizacional da Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul (SES/RS), o Departamento de Coordenação das Regionais. (DCR) (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

O DCR tem por atribuição implementar e aprimorar os princípios de Descentralização e Regionalização em conjunto com demais Departamentos da Secretaria Estadual da Saúde, sendo o responsável por coordenar o SUS no âmbito Regional e fornecer suporte técnico e gerencial aos municípios, através de ações desenvolvidas pelo conjunto das 19 Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS). (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

As CRS são unidades descentralizadas da SES/RS, que reproduzem, em nível regional, toda a representatividade das áreas e setores da SES/RS e exercem as funções de apoio administrativo, apoio logístico, apoio técnico, e governança regional e articulação interfederativa. No apoio administrativo, dá suporte nos encaminhamentos ou aberturas de processos de forma descentralizada, sendo esta uma função estratégica de porta de entrada de demandas regionais e ferramenta executora de demandas administrativas descentralizadas. (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

Quanto ao apoio logístico, é função do Departamento de Coordenação das Regionais, em conjunto com as CRS, coordenar a atuação dos servidores destas unidades, organizar o deslocamento funcional de veículos e administrar e realizar a manutenção de suas sedes Regionais. (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

No apoio técnico, por ser uma unidade descentralizada, a CRS atua como suporte técnico aos municípios nas diversas áreas e programas de saúde, promovendo capacitação e apoio institucional, tendo atuação fundamental na implantação e manutenção de Redes Regionais de Atenção em Saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

Em relação à governança regional e articulação interfederativa, ao exercer o princípio de descentralização, a CRS tem proximidade com os municípios e demais entidades locais, estabelecendo assim a função de articulação e contato descentralizado, promovendo pactos entre os diversos atores do SUS na região. (RIO GRANDE DO SUL, 2014c).

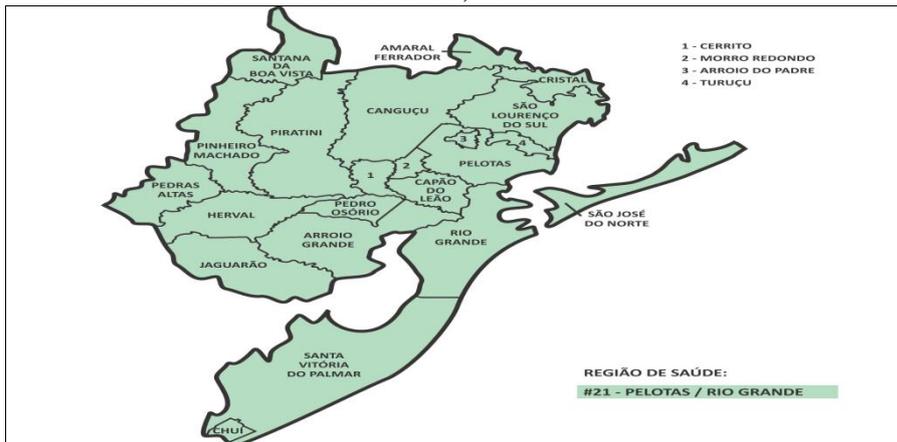
As dezenove (19) CRS coordenam trinta (30) Comissões Intergestores Regionais, em conjunto com os municípios de cada região de saúde, exercendo papel fundamental na governança da rede regional de serviços e ações de saúde, no formato de gestão compartilhada, sendo este processo tutorado pelo conceito de Planejamento Regional Ascendente. (RIO GRANDE DO SUL, 2014c). A Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul - CIB/RS, constitui-se em instância colegiada de negociação e pactuação, entre o gestor estadual e os gestores municipais, de aspectos operacionais e de regulamentação das políticas de saúde no âmbito da gestão do SUS no Estado. (RIO GRANDE DO SUL, 2014d).

A 3ª CRS, com sede no município de Pelotas/RS, é responsável pela coordenação dos seguintes municípios: Amaral Ferrador, Arroio do Padre, Arroio Grande, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cristal, Herval, Jaguarão, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Santana da Boa Vista, São Lourenço do Sul, Turuçu (COSEMSRS, 2014). Além destes, coordena os municípios de Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, Chuí e São José do Norte, que constituem uma microrregião de saúde. (RIO GRANDE DO SUL, 2014d).

O conceito de Microrregião de Saúde, que serve de parâmetro para o trabalho coordenado pelo grupo bipartite, é tido como “a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”. “As variáveis consideradas foram: a capacidade instalada, o fluxo de usuários, a produção de serviços e a demanda estimada (perfil epidemiológico dos municípios).” (RIO GRANDE DO SUL, 2002, p. 22).

Constam no Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do Rio Grande do Sul, as microrregiões de saúde e seus respectivos módulos assistenciais, onde é apresentado, entre outras, a microrregião Rio Grande, que tem como módulo assistencial a sede localizada na cidade do Rio Grande/RS e os municípios de abrangência Rio Grande/RS e São José do Norte/RS. O PDR apresenta igualmente a microrregião Santa Vitória do Palmar, com sede no município de mesmo nome e com abrangência em Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS. (RIO GRANDE DO SUL, 2002).

Figura 01 - Apresenta os Municípios que compõem a 3ª Coordenadoria Regional de Saúde do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso, 2016



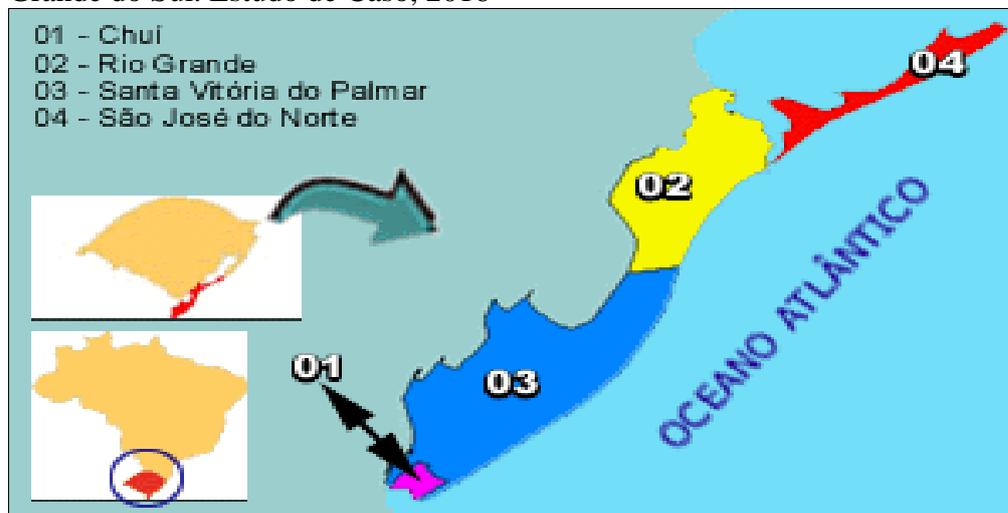
Fonte: SES/RS, 2014e

5.2 A MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL

Microrregião é, de acordo com a Constituição Brasileira de 1988, um agrupamento de municípios limítrofes. Sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar estadual. As microrregiões são definidas por apresentarem particularidades quanto à organização do espaço, tais como a estrutura de produção, agropecuária, industrial, extrativismo mineral ou pesca. A organização do espaço microrregional é também identificada pela interação entre as áreas de produção e locais de beneficiamento e pela distribuição de bens e serviços de consumo frequente, considerada em sentido totalizante, envolvendo a produção propriamente dita, distribuição, troca e consumo, incluindo atividades urbanas e rurais. (FEE, 2014a).

A Microrregião do Litoral Lagunar é uma das microrregiões do Estado do Rio Grande do Sul e os municípios que a integram são: Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, Rio Grande/RS e São José do Norte/RS. Sua população foi estimada em 2013 pelo IBGE em 262.659 habitantes e possui uma área total de 9.379,158 km². (FEE, 2014b).

Figura 02 - Apresenta os municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Caso, 2016



Fonte: CITYBRAZIL, 2014

5.2.1 A cobertura da Atenção Básica à Saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul

Os dados referentes ao número de equipes de saúde da família passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). A análise da evolução da proporção da população coberta pela Estratégia Saúde da Família (ESF) no país e em cada uma das suas regiões geográficas no

período de 1998 a 2004, demonstra um aumento progressivo da cobertura. Nacionalmente, a proporção da população coberta, que era de 6,55% em 1998, passou para 40% em 2004. (BRASIL, 2006c).

Tomando-se como base os anos de 1998, 2002 e 2004, para comparação, verifica-se que as proporções de cobertura populacional pela ESF no período, na região sul foi de 5,07%, 30,65% e 38,32%. No que se refere ao ritmo de evolução da cobertura, na região sul, as proporções de cobertura cresceram no período mais do que 700%, ou seja, acima do crescimento médio nacional. (BRASIL, 2006c).

Em relação à adesão dos municípios a ESF, observa-se um significativo avanço. Em todas as cinco regiões geográficas do país, a adesão dos municípios cresceu progressivamente no período de 1998 a 2004. Em 1998, a região sul tinha 125 municípios com ESF, em 2004 esses números subiram para 978. (BRASIL, 2006c).

No país, a cobertura da ESF aumentou 600%, no período de 1998 a 2004. O aumento foi progressivo, em 1998 apenas 6,55% da população do país estava coberta pelo programa, em 2002 a cobertura foi de 32,05% e em 2004, 40% da população brasileira estava coberta (BRASIL, 2006c).

Segundo o Departamento de Atenção Básica (DAB), do Ministério da Saúde, no final de 2014, o Brasil apresentava uma proporção de cobertura populacional pela ESF estimada em 62,37%. A Região Sul com 63,79%. O estado do Rio Grande do Sul com 52,22%. O município do Rio Grande/RS com 48,58%. O município de São José do Norte/RS com 66,96%. O município de Santa Vitória do Palmar/RS com 100%, e o município do Chuí/RS não tinha nenhuma equipe da ESF implantada. (BRASIL, 2015a).

Com estes dados é possível traçar a trajetória dos municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul quanto à implantação de equipes da ESF.

O município do Rio Grande/RS em 2009 apresentava uma cobertura de 26,9% de sua população (BRASIL 2014a). Passa em 2014, para uma cobertura de 48,58%. Um aumento de 21,68%, ainda assim, abaixo da proporção nacional, estadual, e regional.

O município de São José do Norte/RS em 2009 apresentava uma cobertura de 42,4% de sua população (BRASIL, 2014a). Passa em 2014, para uma cobertura de 66,96%. Um aumento de 21,68%, apresentando um percentual de cobertura acima do índice nacional, estadual e regional.

O município de Santa Vitória do Palmar/RS em 2009 apresentava uma cobertura de 27% (BRASIL, 2014a). Passa em 2014 para 100% de cobertura pela ESF.

O município do Chuí/RS permanecia sem cobertura por equipes da ESF até o momento.

Esta configuração e disparidade na cobertura por equipes da ESF, com possíveis reflexos na atenção básica à saúde, mais instiga a pesquisa nesta microrregião.

5.3 O HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - HU/FURG

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. (HU) é um Hospital Público Federal, certificado como Hospital de Ensino pelo Ministério da Saúde e da Educação. Suas ações são no sentido de associar o ensino, a pesquisa e a extensão a uma prestação de serviços de saúde qualificado, exclusivamente aos usuários do SUS.

Encontra-se inserido nas políticas de saúde do Governo Federal, contratualizado junto ao Ministério da Saúde, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde, para o cumprimento de metas quali e quantitativas que atendam as necessidades de assistência em saúde do município e microrregião com abrangência aos municípios do Chuí, Santa Vitória do Palmar e São José do Norte. Recebe, ainda, pacientes dos municípios de Pelotas, Camaquã, Jaguarão, Arroio Grande, Tavares, Turuçu, entre outros. (FURG, 2014).

Possui uma capacidade instalada: 200 leitos hospitalares; 06 salas de cirurgia; 21 leitos de UTI; três salas no centro obstétrico; duas salas para pequenas cirurgias; 19 salas para atendimento ambulatorial, além de 24 salas para atendimentos especializados como Ala Verde, que atende a pneumologia e gastroenterologia, Ala Rosa, que atende HIV/AIDS e Ala Azul, que atende a endocrinologia.

No ano de 2016, a taxa de permanência foi de 9 dias e a taxa de ocupação de 90,18%.

5.3.1 O ambulatório de especialidades do HU/FURG

O ambulatório do HU/FURG atende a consultas em 26 especialidades médicas, sendo 23 delas com regulação para atendimento realizada pela Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande (SMSRG). São elas: Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Mastologia, Neurologia, Pneumologia Adulto, Pneumologia Pediátrica, Proctologia, Psiquiatria, Urologia, Cardiologia, Cardio Pré-Operatório, Reumatologia, Nefrologia, Angiologia, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cardiologia Pediátrica, Otorrinologia, Hepatologia.

5.3.2 O acesso de usuários ao ambulatório do HU/FURG

Ao encontro das necessidades no fluxo de assistência à saúde, no município do Rio Grande/RS, para uma melhor eficácia do sistema de referência e contrarreferência, nas consultas especializadas, a Central de Marcação de Consultas Especializadas (CMCE) vem sendo estruturada, em uma política de saúde condizente com os princípios e diretrizes do SUS, viabilizando o acesso equânime e oportuno à atenção integral e de qualidade, à universalidade, e à garantia de direitos sociais.

A CMCE teve como sua organização inicial, na cidade de Rio Grande, a realização de um levantamento dos serviços e ofertas de consultas especializadas na rede SUS: Hospital Universitário; Santa Casa do Rio Grande; Secretaria Municipal da Saúde. Em 18 de agosto de 2006, efetivou-se a proposta, implantando um projeto piloto junto ao HU/FURG para agendamento de especialidades, tendo como referência as Unidades Básicas de Saúde da Família. (FONSECA et al, 2007).

Seus objetivos são os de garantir o acesso dos usuários à rede de serviços públicos, aperfeiçoar a utilização dos serviços de referência, segundo os critérios das necessidades de saúde da população e oferecer a melhor resposta assistencial disponível às demandas existente no município. Para tanto, são agendadas mensalmente consultas para as diversas especialidades entre as quais: Cardiologia, Cardiologia Pediátrica, Cirurgia de Cabeça e Pescoço, Cirurgia Geral, Cirurgia Pediátrica, Cirurgia Plástica, Cirurgia Torácica, Cirurgia Vascular, Dermatologia, Endocrinologia, Fonoaudiologia, Gastroenterologia, Ginecologia, Hematologia, Hepatologia, Nefrologia, Neurologia Cirurgia de Coluna, Neurologia, Oftalmologia, Oncologia, Otorrinolaringologia, Pneumologia, Pneumologia Pediátrica, Proctologia, Psiquiatria, Reumatologia, Traumatologia, Urologia e Nutricionista. (FONSECA et al, 2007).

5.4 O MUNICÍPIO DO RIO GRANDE/RS

Na microrregião do litoral lagunar localiza-se a cidade do Rio Grande/RS, que se caracteriza por ser a mais antiga da colonização portuguesa do Rio Grande do Sul, a qual construiu sua riqueza ao longo de sua história devido à forte movimentação industrial e onde se encontra o porto de Rio Grande, segundo em movimentação de cargas do Brasil. (ROVANI; OLIVEIRA; CASSOL, 2010).

O município do Rio Grande/RS possui uma área da unidade territorial de 22.709,522 km². A população residente segundo o Censo Demográfico de 2010 é de 197.228 pessoas, com uma população estimada para o ano de 2014 de 207.036 pessoas. (BRASIL, 2014f). Em 2010 o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) atingiu 0,744, ocupando o 667º lugar no ranking nacional. (BRASIL, 2014f).

Os indicadores da atenção básica apontam que até o final do ano de 2014, 96.025 pessoas (48,29% da população) tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 96.600 pessoas (48,58% da população) recebiam a atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2015a).

As informações sobre nascidos vivos apresentam que nos anos de 2006, 2007 e 2008, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer foi de 9,3%, 8,7% e 9,6% respectivamente. (BRASIL, 2014b).

Na distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etárias pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID10 (OMS, 2003), no ano de 2009, último dado disponível, as internações por “Doenças do aparelho respiratório”, ocupa a 1ª posição, com 34,5% entre as causas de internações hospitalares em menores de 1 ano de idade. Na segunda posição estão como causa “Algumas afecções originadas no período perinatal” com 32,9%. (BRASIL, 2014c).

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, repete “Doenças do aparelho respiratório”, na 1ª posição, com 34,8%, e, na segunda posição, “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, com 16,0% dos casos de internações hospitalares. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a “Gravidez, parto e puerpério” é a causa com maior percentual de internações, 22,1%. A segunda causa é “transtornos mentais e comportamentais”, com 12,3%. (BRASIL, 2014c).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, as internações hospitalares por “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 31,4%, enquanto as internações hospitalares por “Doenças do aparelho respiratório” correspondem a 16,1%. (BRASIL, 2014c).

Quanto aos dados de mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID10, no ano de 2008, último dado disponível, entre os menores de 1 ano de idade, o maior percentual está em “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 64,9%. Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, “Neoplasias (tumores)”, “Causas externas de morbidade e mortalidade” e “Demais causas definidas” correspondem a 33,3%, cada uma delas respectivamente, em relação às causas de óbito nesta faixa etária. A mortalidade infantil,

no ano de 2008, foi de 14,8 por 1.000 nascidos-vivos. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, “Causas externas de morbidade e mortalidade” é a causa com maior percentual, com 24,9%. A segunda causa é “Neoplasias (tumores),” com 22,7% das causas de mortalidade. (BRASIL, 2014d).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 33,8%, enquanto “Neoplasias (tumores)” correspondem a 27,1% da mortalidade proporcional nesta faixa etária. (BRASIL, 2014d).

5.5 O MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ DO NORTE/RS

Na Região Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, entre o Oceano Atlântico e a Laguna dos Patos, encontra-se uma longa restinga arenosa que, ao sul, termina às margens do Canal do Rio Grande. Enquanto a costa do Atlântico é retilínea, sem enseadas nem ancoradouros, a costa da Laguna enfeita-se de pontas e angras. (BRASIL, 2014f).

Nessa região de dunas está situada a cidade de São José do Norte/RS que, por muito tempo, teve como principais atividades econômicas o cultivo da cebola (chegou a ser o maior produtor de cebola do Brasil) e a pesca. A partir da década de 70 do século passado, viu suas terras serem ocupadas pelas plantações de eucaliptos e pínus que, por um lado, geram empregos e, por outro, degradam o ambiente. (BRASIL, 2014f).

O município de São José do Norte/RS possui uma área da unidade territorial de 1.118,104 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 25.503 pessoas, com uma população estimada, para o ano de 2013, de 26.721 pessoas (BRASIL, 2014h). Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) atingiu 0,623, ocupando o 3631º lugar no ranking nacional. (BRASIL, 2014h).

Os indicadores da atenção básica apontam que, até o final do ano de 2014, 16.675 pessoas (64,73% da população) tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 17.250 pessoas (66,96% da população) recebiam a atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL, 2015a).

As informações sobre nascidos vivos apresentam que, nos anos de 2006, 2007 e 2008, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer foi de 10,1%, 9,9% e 7,2%, respectivamente. (BRASIL, 2014b).

Na distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etárias pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID10. (OMS, 2003), no ano de 2009, último dado disponível, as

internações por “Doenças do aparelho respiratório” ocupam a 1ª posição, com 63,3% entre as causas de internações hospitalares em menores de 1 ano de idade. Na segunda posição está como causa, “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 16,3%. (BRASIL, 2014c).

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, repete “Doenças do aparelho respiratório” na 1ª posição, com 61,8%, e, na segunda posição, “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, com 13,0% dos casos de internações hospitalares. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a “Gravidez, parto e puerpério” é a causa com maior percentual de internações, 24,3%. A segunda causa é “Doenças do aparelho respiratório”, com 19,0%. (BRASIL, 2014c).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, as internações hospitalares por “Doenças do aparelho respiratório” correspondem a 28,6%, enquanto as internações hospitalares por “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 26,7%. (BRASIL, 2014c).

Quanto aos dados de mortalidade proporcional (%) por faixa etária segundo grupo de causas - CID10, no ano de 2008, último dado disponível, entre os menores de 1 ano de idade, o maior percentual está em “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 50,0%. Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, “Causas externas de morbidade e mortalidade” corresponde a 100,0% das causas de óbito nesta faixa etária. A mortalidade infantil, no ano de 2008, foi de 26,0 por 1.000 nascidos-vivos. (BRASIL, 2014d).

Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, “Doenças do aparelho circulatório” e “Demais causas definidas” correspondem a 27,8% cada uma delas quanto às causas de mortalidade. Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 45,8%, enquanto “Neoplasias (tumores)” correspondem a 20,8% da mortalidade proporcional nesta faixa etária. (BRASIL, 2014d).

A distância do município de São José do Norte para Rio Grande é de aproximadamente 8 km, sendo a travessia hidroviária realizada pela Laguna dos Patos por meio de lanchas de passageiros ou balsas para transporte de veículos. No caso de transporte de pacientes, este é realizado por meio de lancha ambulância. (SÃO JOSÉ DO NORTE, 2014).

5.6 O MUNICÍPIO DE SANTA VITÓRIA DO PALMAR/RS

As terras do atual Município de Santa Vitória do Palmar/RS, assim como o Estado do Rio Grande do Sul como um todo, foram arduamente disputadas por Espanha e Portugal nos

tempos da expansão marítima. Região de pecuária por ocasião de sua fundação, a cidade dos antigos palmares viu a decadência dessa atividade no correr do século XX. E, apesar da criação de gado bovino e ovino ainda ser de grande importância, abriu-se espaço para o crescimento da produção do arroz. (BRASIL, 2014g).

O município não possui indústrias de grande porte instaladas. A agroindústria existente atua no beneficiamento do arroz, realizando apenas a secagem e o armazenamento, sendo que as demais fases do processamento são realizadas em outras localidades. Por estar localizada no litoral sul do Estado, a pesca é uma atividade importante no município, ainda que seja predominantemente desenvolvida de forma artesanal e não em escala industrial. (MISOCZKY et al, 2008).

O município de Santa Vitória do Palmar/RS possui uma área da unidade territorial de 5.244,353 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 30.990 pessoas, com uma população estimada para o ano de 2013 de 31.618 pessoas (BRASIL, 2014f). Em 2010, o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) atingiu 0,712, ocupando o 1546º lugar no ranking nacional. (BRASIL, 2014f).

Os indicadores da atenção básica apontam que, até o final do ano de 2014, 20.125 pessoas (65,68% da população) tinham cobertura do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e 30.641 pessoas (100% da população) recebiam a atenção da Estratégia Saúde da Família (ESF). (BRASIL 2015a).

As informações sobre nascidos vivos apresentam que, nos anos, de 2006, 2007 e 2008, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer foi de 8,0%, 6,4% e 5,8%, respectivamente. (BRASIL, 2014b).

Na distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etária pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID10, (OMS, 2003) no ano de 2009, último dado disponível, as internações por “Doenças do aparelho respiratório” ocupa a 1ª posição, com 42,7% entre as causas de internações hospitalares em menores de 1 ano de idade. Na segunda posição está como causa, “Algumas afecções originadas no período perinatal” com 28,1%. (BRASIL, 2014c).

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, repete “Doenças do aparelho respiratório”, na 1ª posição, com 62,0% e, na segunda posição, “Algumas doenças infecciosas e parasitárias” com 15,5% dos casos de internações hospitalares. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a “Gravidez, parto e puerpério” é a causa com maior percentual de internações, 25,7%. A segunda causa é “Doenças do aparelho digestivo” com 11,4%. (BRASIL, 2014c).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, as internações hospitalares por “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 30,8%, enquanto as internações hospitalares por “Doenças do aparelho respiratório” correspondem a 18,7%. (BRASIL, 2014c).

Quanto aos dados de mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID10, no ano de 2008, último dado disponível, entre os menores de 1 ano de idade, o maior percentual está em “Algumas afecções originadas no período perinatal” com 40,0%. Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, “Causas externas de morbidade e mortalidade” corresponde a 100,0%, das causas de óbito nesta faixa etária. A mortalidade infantil, no ano de 2008, foi de 14,5 por 1.000 nascidos-vivos. (BRASIL, 2014d).

Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade “Causas externas de morbidade e mortalidade” é a causa com maior percentual, com 43,8%. A segunda causa é “Demais causas definidas”, com 21,9% das causas de mortalidade. Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 33,8%, enquanto “Neoplasias (tumores)” correspondem a 29,8% da mortalidade proporcional nesta faixa etária. (BRASIL, 2014d).

A distância entre o município de Santa Vitória do Palmar e Rio Grande é de 226 km, com tempo estimado de 3 horas e 20 minutos, sendo a via de acesso a BR 471 (DISTANCIACIDADES, 2014a).

5.7 O MUNICÍPIO DO CHUÍ/RS

Na fronteira com o Uruguai, na margem esquerda do Arroio Chuí, está localizada a cidade mais ao sul do Brasil. Embora tenha sido emancipada do Município de Santa Vitória do Palmar/RS apenas em 1995, sua história tem início nos primórdios da civilização ibérica no continente sul-americano. Pela situação de fronteira, de limite, e pela proximidade que irmana, o desenvolvimento econômico e cultural do Chuí brasileiro sempre esteve ligado ao Chuy uruguaio. A atividade principal de seu povo é o comércio e este povo é formado por uma mistura de etnias e nacionalidades que, juntas promoveram o crescimento regional durante todo o século XX, sendo, por isso, contempladas com a emancipação municipal em 1995. (BRASIL, 2014f).

O município do Chuí/RS possui uma área da unidade territorial de 202,552 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 5.917 pessoas, com uma população estimada para o ano de 2013, de 6.269 pessoas (IBGE, 2014). Em 2010 o Índice de

Desenvolvimento Humano Municipal (IDHM 2010) atingiu 0,706, ocupando o 1720º lugar no ranking nacional. (BRASIL, 2014f).

Os indicadores da atenção básica demonstram que o município do Chuí, embora com credenciamento pelo Ministério da Saúde para 10 (dez) Agentes Comunitários de Saúde e 2 (duas) equipes da ESF, em 2014 não contava, em sua rede de atenção básica à saúde com nenhum dos dois. (BRASIL 2015a).

As informações sobre nascidos vivos apresentam que, nos anos de 2006, 2007 e 2008, o percentual de crianças com baixo peso ao nascer foi de 8,9%, 4,0% e 14,8%, respectivamente. (BRASIL, 2014b).

Na distribuição percentual das internações por grupo de causas e faixa etárias pela Décima Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e de Problemas Relacionados à Saúde - CID10 (OMS, 2003), no ano de 2009, último dado disponível, as internações por “Doenças do aparelho respiratório”, ocupa a 1ª posição, com 57,1% entre as causas de internações hospitalares em menores de 1 ano de idade. Na segunda posição estão como causa “Algumas afecções originadas no período perinatal” com 28,6%. (BRASIL, 2014c).

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, repete “Doenças do aparelho respiratório”, na 1ª posição, com 60,0% e, na segunda posição, “Algumas doenças infecciosas e parasitárias”, com 40,0% dos casos de internações hospitalares. Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, a “Gravidez, parto e puerpério” é a causa com maior percentual de internações, 27,8%. A segunda causa é “Doenças do aparelho geniturinário”, com 12,2%. (BRASIL, 2014c).

Na população idosa, com 60 anos ou mais de idade, as internações hospitalares por “Doenças do aparelho circulatório” correspondem a 37,0%, enquanto as internações hospitalares por “Doenças do aparelho geniturinário” correspondem a 14,8%. (BRASIL, 2014c).

Quanto aos dados de mortalidade proporcional (%) por faixa etária, segundo grupo de causas - CID10, no ano de 2008, último dado disponível, entre os menores de 1 ano de idade, o maior percentual está em “Algumas afecções originadas no período perinatal”, com 100,0% dos casos.

Na faixa etária entre 1 e 4 anos de idade, os dados constam como não informados no sistema consultado. A mortalidade infantil no ano de 2008 foi de 16,4 por 1.000 nascidos-vivos. (BRASIL, 2014d).

Na faixa etária entre 20 e 49 anos de idade, “Neoplasias (tumores)” e “Doenças do aparelho geniturinário” representam, cada uma delas, 40,0% das causas de mortalidade. Na

população idosa, com 60 anos ou mais de idade, “Doenças do aparelho circulatório”, “Doenças do aparelho respiratório” e “Demais causas definidas” correspondem a 23,1% cada uma delas nas causas de mortalidade. (BRASIL, 2014d).

A distância entre o município do Chuí/RS e Rio Grande/RS é de 243 km, com tempo estimado de 3 horas e 30 minutos, sendo a via de acesso a BR 471. (DISTANCIACIDADES, 2014b).

6 METODOLOGIA

6.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo/exploratório, com uma abordagem qualitativa, que foi realizado por meio de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

Segundo Denzin e Lincoln (2006, p. 17), a pesquisa qualitativa consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Os autores referem que essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, como as notas de campo, as entrevistas, as fotografias, as gravações, entre outros. Dessa forma “(...) a pesquisa qualitativa envolve uma abordagem naturalista, interpretativa para mundo, o que significa que seus pesquisadores estudam as coisas em seus cenários naturais, tentando entender, ou interpretar, os fenômenos em termos dos significados que as pessoas a eles conferem.” (DENZIN; LINCOLN, 2006, p. 17).

Segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 34), quanto aos estudos exploratórios, salientam que:

Estudos exploratórios são realizados quando uma nova área ou tópico está sendo investigado e os métodos qualitativos são especialmente úteis para a exploração de fenômenos pouco entendidos. A pesquisa qualitativa exploratória destina-se desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes.

Segundo dois relevantes autores que deram suporte a esta pesquisa, a importância do Estudo de Caso evidencia-se por “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto da vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes” (YIN, 2010, p. 39), e “provem a análise de boas práticas que podem ser aprendidas e incorporadas em outra realidade.” (MENDES, 2009, p. 52).

E ainda, segundo Gil (2009, p. 50), os estudos de caso descritivos

são desenvolvidos com o propósito de proporcionar a ampla descrição de um fenômeno em seu contexto. Procuram fornecer respostas a problemas do tipo “o que?” e “como?”. (...) procuram identificar as múltiplas manifestações do fenômeno e descrevê-lo de formas diversas e sob pontos de vista diferentes.

De acordo com Yin (2010), existem ao menos quatro aplicações diferentes para o estudo de caso, sendo que “o mais importante é *explicar* os presumidos vínculos causais nas intervenções da vida real que são demasiado complexos para as estratégias de levantamento ou experimentais.” (YIN, *op cit*, p. 41). Por se tratar de um estudo contendo mais do que um

único caso com unidades integradas de análise, foi, então, um Estudo de Casos Múltiplos Integrados (YIN, 2010), em que os municípios estudados foram considerados como casos que compõem os estudos, e as unidades de análise foram o ambulatório de especialidades do HU e cada secretaria de saúde do município individualmente.

6.2 LOCAIS DA PESQUISA

O Ambulatório de especialidades do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande - HU/FURG e as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que fazem parte da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul, quais sejam: Rio Grande/RS, São José do Norte/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.

O Hospital Dr. Miguel Riet Correa Jr (HU) está incluído entre os locais da pesquisa, por sua característica de ser referência em nível regional de média complexidade; e como relações de referência ao HU, os municípios que fazem parte da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul.

Neste particular, o HU/FURG apresenta-se como veículo, por ser um hospital público federal, certificado como Hospital de Ensino pelos Ministérios da Saúde e o da Educação. Suas ações são no sentido de associar o ensino, a pesquisa e a extensão a uma prestação de serviços de saúde qualificados, orientados, prioritariamente, aos usuários do SUS. Encontra-se inserido nas políticas de saúde do Governo Federal, contratualizado junto ao MS, à 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS) e à Secretaria Municipal de Saúde (SMS), para o cumprimento de metas qualitativas e quantitativas que atendam às necessidades de assistência em saúde dos municípios da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, entre outros (FURG, 2014).

Assim, para efeitos deste Estudo de Casos Múltiplos Integrados, a configuração será conforme demonstrado no Quadro 01.

Quadro 01 – Configuração das Unidades Integradas de Análise. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Estudo de Casos Múltiplos Integrados			
Caso	Local	Unidade Integrada de Análise 1	Unidade Integrada de Análise 2
1	Chuí/RS	SMS do Chuí	Ambulatório/HU/FURG
2	Santa Vitória do Palmar/RS	SMS de Santa Vitória do Palmar	
3	São José do Norte/RS	SMS de São José do Norte	
4	Rio Grande/RS	SMS do Rio Grande	

6.3 SUJEITOS DO ESTUDO

A escolha dos sujeitos, quando a intenção refere-se à obtenção de um conhecimento especializado ou decisão institucional, poderá recair sobre atores de diversas posições e hierarquias. (FLICK, 2009). No caso deste estudo, portanto, o critério foi o dos sujeitos que passarão a serem descritos como participantes, ocuparem uma posição profissional ou função específica no contexto a ser estudado, o que culminou com 31 participantes no Estudo de Casos Múltiplos Integrados, seis participantes no Estudo de Caso-Piloto no município de Turuçu/RS e um participante no Estudo de Caso-Piloto no Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria de Saúde, perfazendo um total de 38 participantes entre gestores, serviço de regulação, coordenações da atenção básica, coordenações de programas de saúde, coordenações da ESF, profissionais de saúde e representantes do controle social.

Com o objetivo de contemplar questões importantes a serem observadas durante a análise dos dados, tal como o anonimato e a privacidade dos participantes (FLICK, 2009), foram utilizados siglas conforme apresentado a seguir.

No município do Chuí/RS (Unidade Integrada de Análise 1, Caso - 1), foram 5 participantes: o secretário da SMS (G/CH); a funcionária do serviço de regulação (R/CH); a enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) (ENF/UBS/CH); o médico da Unidade Básica Saúde da Família (UBSF) (MED/ESF/CH); e o presidente do CMS (CS/CH).

No município de Santa Vitória do Palmar/RS (Unidade Integrada de Análise 1, Caso - 2), foram 5 participantes: a secretária da SMS (G/SVP); a enfermeira coordenadora da ESF (C/ESF/SVP); a médica da ESF (MED/ESF/SVP); a enfermeira da ESF (ENF/ESF/SVP); e a presidente do CMS (CS/SVP).

No município de São José do Norte/RS (Unidade Integrada de Análise 1, Caso - 3), foram 10 participantes: a secretária adjunta da saúde (G/SJN); a enfermeira da ESF Unidade 1 (ENF/ESF1/SJN); a enfermeira da ESF Unidade 2 (ENF/ESF2/SJN); a coordenadora dos programas de saúde (C/PS/SJN); o médico da ESF Unidade 1 (MED/ESF1/SJN); o médico da ESF Unidade 2 (MED/ESF2/SJN); a coordenadora da atenção básica (C/AB/SJN); a funcionária do serviço de regulação (R1/SJN);, o funcionário do serviço de regulação (R2/SJN); a presidente do CMS (CS/SJN).

No município de Rio Grande/RS (Unidade Integrada de Análise 1, Caso - 4), foram 8 participantes: a secretária adjunta da saúde (G/RG); a enfermeira da ESF Unidade 1 (ENF/ESF1/RG); a enfermeira da ESF Unidade 2 (ENF/ESF2/RG); a médica da ESF Unidade

1 (MED/ESF1/RG); a médica da ESF Unidade 2 (MED/ESF2/RG); a coordenadora da ESF (C/ESF/RG); o funcionário do serviço de regulação (R/RG); o presidente do CMS (CS/RG).

No HU/FURG (Unidade Integrada de Análise 2), os participantes da pesquisa foram 3: a diretora adjunta; a coordenadora do ambulatório; a funcionária do serviço de faturamento que atua nas ações de regulação na instituição.

No município de Turuçu/RS (Estudo de Caso-Piloto), foram 6 participantes: o secretário de saúde (G/TU); a enfermeira da ESF Unidade 1 (ENF/ESF1/TU); a enfermeira da ESF Unidade 2 (ENF/ESF2/TU); o médico da ESF Unidade 1 (MED/ESF1/TU); a médica da ESF Unidade 2 (MED/ESF2/TU); o presidente do CMS (CS/TU).

Do Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (Estudo de Caso-Piloto), foi 1 participante (R/CRS).

No transcurso do Estudo de Caso, o processo de coleta e a análise foram realizados concomitantemente e as informações obtidas nas entrevistas foram suficientes para corroborar com as perspectivas de confirmar a tese; portanto, o critério de saturação previsto na metodologia foi observado seguindo o que orienta (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 17): “Entende-se que a saturação é atingida quando a introdução de novas informações na análise já não produz modificações nos resultados.” Portanto, não foram incluídos como participantes do estudo os profissionais médicos que atuam no ambulatório do HU.

Durante as entrevistas com os participantes no Estudo de Caso-Piloto e após transcrição e análise das respostas obtidas com a aplicação do roteiro, foi possível perceber a importância de incluir como participantes da pesquisa, funcionários do serviço de regulação das secretarias municipais de saúde. Portanto, foi incluído como participante, ainda como Estudo de Caso-Piloto, um funcionário do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde com sede no município de Pelotas/RS.

Para a escolha das Unidades de Saúde nos municípios em estudo, o critério utilizado foi o de solicitar à gestão local a indicação de duas UBSF ou UBS, por município, que encaminham, mesmo que de forma indireta, usuários para atendimento em especialidades ao ambulatório do HU/FURG.

Justifica-se a escolha por UBSF como primeira opção para local de entrevista, ao levar em consideração o Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências (BRASIL, 2011a). Este Decreto, quanto à hierarquização do acesso aos serviços de saúde, prevê que “O acesso universal, igualitário e ordenado às ações e serviços de saúde se inicia pelas Portas de Entrada do SUS e se completa

na rede regionalizada e hierarquizada, de acordo com a complexidade do serviço.” (BRASIL, 2011a, p. 3).

O mesmo Decreto identifica que as portas de entrada às ações e aos serviços de saúde nas RAS são: os serviços de atenção primária; os serviços de atenção de urgência e emergência; os serviços de atenção psicossocial; e os serviços especiais de acesso aberto. Prevê ainda, que “Mediante justificativa técnica e de acordo com o pactuado nas Comissões Intergestores, os entes federativos poderão criar novas Portas de Entrada às ações e serviços de saúde, considerando as características da Região de Saúde”. E que “Os serviços de atenção hospitalar e os ambulatoriais especializados, entre outros de maior complexidade e densidade tecnológica, serão referenciados pelas Portas de Entrada conforme descrito no início deste parágrafo.” (BRASIL, 2011a, p. 3).

Nesta direção, a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, estabelece diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS, e considera que, mesmo não sendo possível prescrever um modelo organizacional único para as RAS, as evidências mostram que em um conjunto de atributos essenciais ao seu funcionamento é possível afirmar a necessidade de uma APS estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde. A mesma Portaria afirma que no SUS, a ESF, representa o principal modelo para a organização da APS. O seu fortalecimento torna-se uma exigência para o estabelecimento da RAS. (BRASIL, 2010b).

Portanto, a Saúde da Família é parte da estratégia do MS para reorganização da atenção básica no País. Cada equipe multiprofissional da ESF é composta por, no mínimo, médico generalista ou especialista em Saúde da Família ou médico de Família e Comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde, podendo acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal tais como o cirurgião dentista generalista ou especialista em Saúde da Família, auxiliar ou técnico em saúde bucal. A equipe da ESF é responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição. (BRASIL, 2012a).

A ESF é, portanto, uma oportunidade de expandir o acesso à atenção primária à saúde, facilitar o processo de regionalização pactuada entre municípios adjacentes e de coordenar a integralidade de assistência à saúde. (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2008).

Corroborando com o acima exposto, no contexto estadual, em julho de 2013, ocorreu o Congresso das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul, do qual emanaram algumas reivindicações dos Secretários da Saúde e gestores das esferas municipal, estadual e federal. Ao encontro destas reivindicações, em março de 2014, durante o 1º Seminário Estadual da Atenção Básica, realizado na cidade de Novo Hamburgo/RS, a sua primeira mesa de trabalhos teve como tema “Atenção Básica como ordenadora das redes e coordenadora do cuidado.” (COSEMSRS, 2014).

A mesa debateu as formas de trabalhar a organização das redes, transformando a Atenção Básica da Saúde na principal referência de atendimento ao usuário. O debate teve com o foco central a descentralização das Redes de Saúde do SUS e a característica do cuidado multicêntrico, o que torna as equipes da ESF mais dinâmicas e de fácil operacionalidade, concluindo ser importante a ampliação da cobertura de assistência pela ESF. (COSEMSRS, 2014).

Foram também participantes os representantes do controle social no SUS, que, para fins deste estudo, foram em sua totalidade representados pelos presidentes dos conselhos municipais de saúde.

Quadro 02 - Apresenta as Unidades de Análise, locais e o quantitativo de participantes do Estudo. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Unidade Integrada de Análise	Participantes		Sigla	Nº	Total	
Hospital Universitário HU	Vice Diretor HU		G/HU	01	03	
	Coord. Ambulatório		C/AMB/HU	01		
	Regulação		R/HU	01		
Municípios Microrregião Litoral Lagunar	Chuí/RS	Secretário de Saúde	G/CH	01	05	
		Func. Serviço de Regulação	R/CH	01		
	Caso 1	Médico ESF	MED/ESF/CH	01		
		Enfermeira UBS	ENF/UBS/CH	01		
		Conselho de Saúde	CS/CH	01		
	Santa Vitória do Palmar/RS	Caso 2	Secretária de Saúde	G/SVP	01	05
			Coordenação da ESF	C/ESF/SVP	01	
		Caso 2	Enfermeira da ESF	ENF/ESF/SVP	01	
			Médica da ESF	MED/ESF/SVP	01	
			Conselho de Saúde	CS/SVP	01	

Municípios Microrregião Litoral Lagunar	São José do Norte/RS Caso 3	Secretária Adjunta da Saúde	G/SJN	01	10
		Func. Serv. de Regulação 1	R1/SJN	01	
		Func. Serv. de Regulação 2	R2/SJN	01	
		Coord. Atenção Básica	C/AB/SJN	01	
		Coord. Programas de Saúde	C/PS/SJN	01	
		Enfermeira ESF Unidade 1	ENF/ESF1/SJN	01	
		Médico ESF Unidade 1	MED/ESF1/SJN	01	
		Enfermeira ESF Unidade 2	ENF/ESF2/SJN	01	
		Médico ESF Unidade 2	MED/ESF2/SJN	01	
		Conselho de Saúde	CS/SJN	01	
	Rio Grande/RS Caso 4	Secretária Adjunta da Saúde	G/RG	01	08
		Func. Serv. de Regulação	R/RG	01	
		Coordenação da ESF	C/ESF/RG	01	
		Enfermeira ESF Unidade 1	ENF/ESF1/RG	01	
		Médica ESF Unidade 1	MED/ESF1/RG	01	
		Enfermeira ESF Unidade 2	ENF/ESF2/RG	01	
		Médica ESF Unidade 2	MED/ESF2/RG	01	
		Conselho de Saúde	CS/RG	01	
	Estudo de Caso-Piloto	Turuçu/RS	Secretário de Saúde	G/TU	01
Enfermeira ESF Unidade 1			ENF/ESF1/TU	01	
Médico ESF Unidade 1			MED/ESF1/TU	01	
Enfermeira ESF Unidade 2			ENF/ESF2/TU	01	
Médica ESF Unidade 2			MED/ESF2/TU	01	
Conselho de Saúde			CS/TU	01	
Terceira Coordenad oria Regional de Saúde		Func. Serv. de Regulação	R/CRS	01	01
Total	—	—	—	—	38

6.4 COLETA DE DADOS

Segundo Yin (2010), alguns princípios são importantes para a realização de estudo de caso, quais sejam: devem ser utilizadas várias formas de evidências (evidências de duas ou mais fontes, mas que convergem em relação ao mesmo conjunto de fatos ou descobertas); um banco de dados para o estudo de caso (uma reunião formal de evidências distintas a partir do relatório final do estudo de caso); um encadeamento de evidências (ligações explícitas entre as questões feitas, os dados coletados e as conclusões a que se chegou). Segundo o mesmo autor, a entrevista é uma das fontes mais importantes de informação para o estudo de caso, devendo esta ser uma conversa guiada e não uma investigação estruturada. (YIN, 2010).

Em uma entrevista semiestruturada, o entrevistador busca obter informações, dados e opiniões por meio de uma conversação livre, em que embora exista um roteiro previamente estabelecido, há também “[...] um espaço para elucidação de elementos que surjam de forma imprevista ou informações espontâneas dadas pelo entrevistado [...]” (APPOLINÁRIO, 2012, p. 138). Portanto, o instrumento para entrevista foi constituído de uma lista de perguntas destinadas aos participantes, previamente selecionados, denominado Roteiro de Entrevistas (Apêndice A).

As entrevistas foram realizadas em local e hora conforme a disponibilidade dos participantes. Para tanto houve o deslocamento do pesquisador até os locais de encontro. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, evidentemente com a quiescência do entrevistado, com duração aproximada de 55 minutos. As entrevistas foram feitas pelo pesquisador, que contou com a colaboração de bolsistas voluntárias devidamente treinadas pelo próprio pesquisador para o exercício das atividades propostas. Após transcrição, as entrevistas foram revisadas pelo pesquisador.

Segundo Gil (2009), em um estudo de caso que trate de relações, a mesma questão poderá ser formulada a vários integrantes de um mesmo processo (dirigentes, empregados, etc). Partindo desta premissa, as mesmas questões foram aplicadas para todos os participantes durante o Estudo de Caso-Piloto (Apêndice A), no entanto, passou por reformulação para ser utilizado no estudo propriamente dito.

A primeira Fonte de Evidências (Evidência 1) foram as entrevistas individuais com trabalhadores, gestores e presidentes dos CMS, cujo “roteiro” versou sobre questões que confluíram para atingir o objetivo do estudo, roteiro este que passou por reformulação após a execução do Estudo de Caso-Piloto, sendo utilizado com os participantes da Unidade de

Análise 1. Para os participantes da Unidade de Análise 2 foram aplicados apenas os Componentes C2, C3, C6 e C7 do roteiro de entrevistas.

A segunda Fonte de Evidências (Evidência 2) foi por meio de levantamento documental, inicialmente a partir das diretrizes do SUS, buscando identificar de que forma está estruturado o acesso aos serviços de saúde e o Sistema de Referência e Contrarreferência na rede de atenção à saúde a nível regional e local. Estas Evidências em parte foram apresentadas no capítulo Arcabouço Teórico. Também foi feita a coleta de informações da documentação no HU/FURG, principalmente dos casos de judicialização.

Segundo Martins (2008), a pesquisa documental busca material que não foi editado, tais como cartas, memorandos, correspondências, relatórios, estudos, avaliações, entre outros. O uso mais importante desse tipo de evidência foi a de corroborar e valorizar as evidências oriundas de outras fontes, possibilitando a confiabilidade de achados através de triangulação de dados. Na triangulação de dados, quando há convergência de diversas fontes de evidências, tem-se um fato que poderá ser “considerado como uma evidência que será juntada a outras visando a melhor compreensão e interpretação de um fenômeno” (MARTINS, 2008, p. 80).

Os itens que compõem os instrumentos para a entrevista, Roteiro de Entrevistas, e que serviram como foco para orientação do entrevistador (Apêndice A) foram elaborados, em parte, inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2010) para avaliação das RASs e também no questionário proposto por Mendes (2011, p. 427-37) para avaliação do grau de integração das RASs, construído a partir das concepções teórica e operacional, medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

A proposta da OPAS tem por objetivo definir, como possibilidades reais, pelo menos três níveis de integração: sistemas fragmentados, sistemas parcialmente integrados e sistemas integrados. Essa construção faz-se em função dos diferentes atributos que conformam os sistemas de atenção à saúde: população/território, oferta de serviços, primeiro nível de atenção, atenção especializada, mecanismos de coordenação assistencial, tipo de cuidado, governança do sistema, gestão do sistema, recursos humanos, sistemas de informação, financiamento e vínculos com outros setores. (OPAS, 2010).

6.5 ASPECTOS ÉTICOS

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa, em formulário apropriado (BRASIL, 2014i), da Universidade Federal do Rio Grande, à direção do HU/FURG (Apêndice B) e às SMS dos municípios que fizeram parte do estudo (Apêndices C, D, E, F e G).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o Parecer CEPAS 17/2015 (Anexo A) e pelo Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC), da Secretaria de Município da Saúde de Rio Grande/RS, sob o Parecer 09/2015 (Anexo B).

Em momento anterior à realização das entrevistas com os trabalhadores, gestores e conselheiros foram-lhes apresentados os propósitos do estudo, solicitando sua participação voluntária por meio da anuência em um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice H).

Os resultados obtidos serão devolvidos à comunidade científica e às instituições participantes através do comprometimento em produzir artigos científicos a serem encaminhados a um periódico de reconhecimento e relevância. Após a pesquisa, os questionários e demais materiais utilizados permanecerão guardados em arquivos específicos para esse fim, por um período mínimo de cinco anos após a publicação dos resultados.

6.6 O PROTOCOLO

O protocolo contém os instrumentos, procedimentos e regras gerais que foram seguidas, sendo a utilização do protocolo essencial para o desenvolvimento de um estudo de casos múltiplos. Serve para orientar o pesquisador na coleta de dados e aumenta a confiabilidade da pesquisa, tendo ainda elevada importância para o pesquisador, no sentido de que auxilia na manutenção do alvo sobre o tópico do estudo e antecipa possíveis problemas que o pesquisador pode enfrentar no decorrer de sua pesquisa, o que evitaria emprego desnecessário de tempos a longo prazo. (YIN, 2010).

O protocolo é um importante elemento para garantir que as decisões estejam em consonância com os propósitos da pesquisa que está sendo realizada. Inclui as informações gerais acerca da viabilização da pesquisa, os instrumentos de coleta e análise de dados e as

informações para a sua aplicação. Sendo, portanto, um instrumento orientador das atividades do pesquisador, servindo ainda para melhor visualização e garantia de que os requisitos éticos estão sendo observados. (GIL, 2009).

Segundo Gil (2009), o protocolo pode ser dividido em seis partes: dados de identificação; introdução; procedimentos de campo; questões específicas; previsão de análise de dados; e guia para elaboração do relatório.

Para o desenvolvimento desse estudo de caso, o protocolo utilizado foi conforme apresentado no QUADRO 03.

Quadro 03 - Protocolo para pesquisa. Estudo de Caso, 2016.

Partes do protocolo	Itens	Descrição
1. Dados de identificação	Título	O acesso ao ambulatório do hospital universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social
	Nome dos responsáveis	Cesar Francisco Silva da Costa Helena Heidtmann Vaghetti
	Entidade patrocinadora	Programa de Pós-graduação em Enfermagem Escola de Enfermagem Universidade Federal do Rio Grande
	Identificação da equipe	Cesar Francisco Silva da Costa Helena Heidtmann Vaghetti Bolsistas voluntários (cinco)
	Período de realização	2015-2016
	Local de realizações do estudo	SMS Turuçu/RS (Estudo de Caso-Piloto) 3ª Coordenadoria Regional de Saúde (Estudo de Caso-Piloto) SMS Rio Grande/RS SMS São José do Norte/RS SMS Santa Vitória do Palmar/RS SMS Chuí/RS HU/FURG
2. Introdução	As razões que determinaram a realização do estudo	A pesquisa contribuirá no planejamento e administração do sistema locorregional de saúde e do hospital em questão, havendo a possibilidade inclusive do mapeamento regional sob a ótica de uma regionalização idealizada conforme o conhecimento da distribuição das necessidades de saúde da população, que venha a subsidiar futuros Planos Diretores de Investimento (PDIs)

2. Introdução	A questão	Como se processa o acesso ao Ambulatório do HU/FURG na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul?
	Objetivo	Caracterizar o acesso ao Ambulatório do HU/FURG na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul.
	Relevância teórica e prática do estudo	Contribuirá no planejamento e administração do sistema locoregional de saúde e do hospital em questão, havendo a possibilidade inclusive do mapeamento regional sob a ótica da regionalização.
	Justificativa	Justifica-se pela necessidade de identificar as formas de acesso de usuários SUS, ao ambulatório do HU/FURG. Sobretudo identificar, em nossa região, a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde envolvidos e o controle social, dentro do sistema de referência e contrarreferência nesta RAS.
	Identificação de seus potenciais benefícios	Adquirir um maior entendimento sobre a temática, bem como uma reflexão sobre os resultados encontrados na pesquisa, que certamente repercutirão no processo de gestão em saúde.
	Literatura relevante para o estudo	Mendes (2011) OPAS (2010) Yin (2010) Moraes e Galiazzi (2011) Brasil (1988-2014)
3. Trabalho de campo	Definição de organização e pessoas que constituirão o objeto da pesquisa	Quadro 02. Apresenta as unidades de Análise, locais, siglas, e o quantitativo de sujeitos que participaram do estudo. Estudo de Caso, 2016.
	Definição de estratégias para obtenção de acesso a organização e a informantes	Foi importante para identificar e encontrar pessoas com as quais existiam possíveis vínculos seja pela relação com a pesquisa ou trajetória acadêmica.
	Recursos necessários para a realização da pesquisa,	Gravadores, câmera fotográfica, copiadoras e computadores.

3. Trabalho de campo	Estabelecimento de agenda para as atividades de coleta de dados	Cronograma de Atividades e diário de campo.
	Definição de procedimentos para solicitação de ajuda e orientações de outros pesquisadores, se necessários.	Seguiu recomendações da Banca avaliadora e da Profª orientadora do estudo.
	Possíveis riscos a que poderão estar submetidos os pesquisadores e os sujeitos da pesquisa	Capítulo 6. Metodologia, item 6.5. Aspectos éticos.
	Termos de consentimento livre e esclarecido	Apêndice H (TCLE)
4. Questões específicas	Questões a serem utilizadas na coleta de dados.	Apêndice A (Instrumento de entrevistas)
	Revisão bibliográfica. Teorias que fundamentam o estudo e estudos empíricos em que foram construídas questões assemelhadas.	Capítulo 4. Revisão bibliográfica.
5. Previsão de análise dos dados	Procedimentos que serão adotados na análise	Desmontagem dos textos ou unitarização; estabelecimento de relações – processo de categorização; captação do novo emergente; divulgação dos resultados.
6. Guia para elaboração do relatório	O relatório é apresentado de duas formas	Texto com a caracterização da RAS da microrregião estudada. Artigos científicos (três).

7 ANÁLISE DOS DADOS

O *corpus* foi analisado a partir do conjunto de documentos, conforme a Análise Textual Discursiva (MORAES; GALIAZZI, 2011) e o processo de análise teve início simultaneamente ao processo de coleta de dados.

A escolha desta metodologia para análise deu-se em consideração a que, segundo Moraes e Galiazzi (2011), o processo da análise textual discursiva “Valoriza os sujeitos em seus modos de expressão dos fenômenos. Centra sua procura em redes coletivas de significados construídos subjetivamente, os quais o pesquisador se desafia a compreender, descrever e interpretar. São processos hermenêuticos.” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 169). Portanto, a Análise Textual Discursiva, a partir do viés hermenêutico, “se aproxima das teorias emergentes, movimentos de teorização que se originam nas manifestações discursivas dos sujeitos das pesquisas.” (MORAES; GALIAZZI, 2011, p. 159).

Para estes autores, a análise textual discursiva caracteriza-se como um processo auto-organizado em torno dos seguintes focos: desmontagem dos textos ou unitarização, quando serão examinados os textos (transcrição das entrevistas) em detalhes, fragmentando-os no sentido de atingir unidades de significado conforme o fenômeno estudado; estabelecimento de relações - processo de categorização, quando serão construídas relações entre as unidades de base, combinando-as e classificando-as, reunindo esses elementos unitários na formação de conjuntos que congreguem elementos próximos, resultando em sistemas de categorias; captação do novo emergente que apresentará o resultado de metatextos que foram constituídos de descrição e interpretação, representando o conjunto, um modo de teorização sobre o fenômeno investigado. (MORAES; GALIAZZI, 2011).

Quanto à análise dos documentos do ambulatório do HU/FURG, das SMS e da 3ª CRS, foi na intenção de identificar de que forma se processa o acesso e como está estruturada a rede de atenção à saúde para o Sistema de Referência e Contrarreferência a nível regional e local.

Para a análise do estudo de caso, foi utilizada a estratégia “contando com proposições teóricas” que, segundo Yin (2010, p. 158), segue as proposições teóricas “tese” que levaram ao estudo de caso. Estas proposições deram forma ao plano de coleta de dados, priorizando as estratégias analíticas relevantes.

Como técnica analítica, foi utilizada a lógica da “combinação de padrão” que, para Yin (2010, p. 165), é uma das técnicas mais desejáveis, desde que o padrão previsto de variáveis específicas seja definido antes da coleta de dados.

A elaboração do protocolo para o Estudo de Caso foi feita para aumentar a confiabilidade da pesquisa e destinou-se a orientar na realização da coleta de dados. O protocolo deu uma visão geral do projeto, apresentando os procedimentos de campo, as questões que o investigador precisou ter em mente na coleta de dados e também foi um guia para o relatório do estudo de caso. (YIN, 2010).

Ainda para a análise dos dados, conforme foi apresentado no item Coleta de Dados, segundo Mendes (2011), é fundamental utilizar uma metodologia de avaliação das RASs que possa ser aplicada como linha de base e, depois, periodicamente, para verificar se o grau de integração dessas redes está se movendo em que direção à estabilidade, involução ou evolução. O questionário pode ser aplicado numa instituição ou em rede temática, devendo para tanto sofrer adaptações.

Neste particular, o instrumento elaborado para ser empregado nesta pesquisa utilizou algumas questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, tendo sido confeccionado um roteiro de entrevista (Apêndice A), em uma adaptação do questionário proposto por Mendes (2011, p. 427-37) para avaliação do grau de integração das RASs, onde foram utilizados 7 componentes.

Para efeito de interpretação, o critério adotado foi de que, para cada questão, o valor variou entre zero e três pontos. Sendo 0 (zero) correspondendo à não existência do que está sendo perguntado; 1 (um) quando da existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente; 2 (dois) quando da existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; e 3 (três) quanto à sua existência de forma ótima. (MENDES, 2011, p. 428).

Para o autor, o questionário por ele proposto tem duas funcionalidades:

primeiro, permitir a definição, em determinado tempo, do grau de integração das RASs: sistema fragmentado, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada; segundo, proporcionar, a partir de uma análise horizontal de cada questão, a construção de um plano de desenvolvimento institucional para a integração do sistema de atenção à saúde que se analisa. (MENDES, 2011, p. 427).

Cabe salientar que a adaptação efetuada para este estudo foi no sentido de que os resultados possam possibilitar a identificação de áreas críticas do desempenho da(s) rede(s) de atenção à saúde nos municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul.

Para interpretação dos resultados, já com as adaptações para este estudo em comparação com Mendes (2011), o resultado final foi interpretado com as seguintes referências:

- 1) Incapacidade para a operação de RASs: sistema fragmentado, quando o escore atingido for entre 0 (zero) e 18 (dezoito);
- 2) Capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente, quando o escore for entre 19 (dezenove) e 37 (trinta e sete);
- 3) Capacidade razoavelmente boa para operar RASs: rede de atenção à saúde avançada, quando o escore for entre 38 (trinta e oito) e 56 (cinquenta e seis);
- 4) Capacidade ótima para operar RASs: redes integradas de atenção à saúde, quando o escore for entre 57 (cinquenta e sete) e 75 (setenta e cinco).

Nesta configuração procurou-se considerar como foco, durante a condução da entrevista, 7 itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde e entre estes questões avaliativas que pode ser visualizadas no Quadro 04

- 1) Componente População (C1);
- 2) Componente Atenção Primária à Saúde (C2);
- 3) Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3);
- 4) Componente Sistemas de Apoio (C4);
- 5) Componente Sistemas Logísticos (C5);
- 6) Componente Sistema de Governança da Rede (C6) e;
- 7) Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Quadro 04. Componentes. Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde. Estudo de Caso-Piloto e municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		
Componente (C)	Questão Avaliativa	Município/ escore
C1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	
C2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	

	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	
C3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	
C4. Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	
	III) ¹ Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	
C5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	
C6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	

¹ A Questão Avaliativa (QA) “III” do Componente Sistemas de Apoio (C4) foi utilizada apenas no Estudo de Caso-Piloto no município de Turuçú/RS. Os motivos encontram-se apresentados na Seção 8.1.3 “Contribuições do Estudo de Caso-Piloto”.

C7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	
Total		

Adaptação do questionário proposto por Mendes (2011) para avaliação do grau de integração das RASs.

Segundo Yin (2010), em condições não formais, as observações diretas podem ser feitas durante a visita de campo, onde algumas condições ambientais estarão disponíveis para a observação. A evidência observacional é frequentemente útil para proporcionar informação adicional sobre o tópico estudado, sendo possível considerar de fotografar o local para o estudo de caso. No entanto, este recurso não foi utilizado como fonte de evidência, mas sim como informações complementares para melhor ilustrar o estudo realizado.

Neste sentido, a observação foi realizada apenas quanto ao percurso. Os dados observados foram quanto à qualidade da estrada, ao tempo percorrido e a outras informações identificadas como relevantes para o estudo. A observação ocorreu, portanto no momento do deslocamento do pesquisador até os locais de entrevistas nos municípios selecionados. Todos os relatos foram anotados no diário de campo.

8 RELATÓRIO DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS

O relatório deste Estudo de Casos Múltiplos Integrados seguirá a metodologia sugerida por Yin (2010) e conterà narrativas múltiplas, cobrindo cada um dos casos separados em subcapítulos e seções.

Nessa perspectiva, o Capítulo Relatório do Estudo de Casos Múltiplos Integrados será apresentado em três Subcapítulos.

O SUBCAPÍTULO 8.1, denominado Estudo de Caso-Piloto, apresenta o Estudo de Caso-Piloto em três Seções.

A **Seção 8.1.1** - Estudo de Caso-Piloto Turuçu/RS: Apresenta as falas obtidas através das entrevistas realizadas com os participantes do município de Turuçu/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

A **Seção 8.1.2** - Estudo de Caso-Piloto. Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde: Apresenta as falas obtidas na entrevista realizada com o servidor do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde.

A **Seção 8.1.3** - Contribuições do Estudo de Caso-Piloto: Apresenta as contribuições do estudo de Caso-Piloto para o Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

O SUBCAPÍTULO 8.2, denominado **Fonte de Evidências 1**, apresenta as entrevistas com os participantes dos municípios da microrregião litoral lagunar bem como as entrevistas realizadas com os participantes do Hospital Universitário. Este Subcapítulo está dividido em cinco Seções.

A **Seção 8.2.1** - O município do Chuí/RS: Apresenta as entrevistas com os participantes do município do Chuí/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1). Apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com o serviço de regulação em saúde, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município do Chuí/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

A **Seção 8.2.2** - O município de Santa Vitória do Palmar/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2): Apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação de ESF, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município de Santa Vitória do Palmar/RS. Ao final da Seção, apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

A Seção 8.2.3 - O município de São José do Norte/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 3): Apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação da atenção básica, com a coordenação de programas de saúde, com o serviço de regulação, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município de São José do Norte/RS. Ao final da Seção, apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

A Seção 8.2.4 - O município do Rio Grande/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 4): Apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação da ESF, com o serviço de regulação, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município do Rio Grande/RS. Ao final da Seção, apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

A Seção 8.2.5 - O Ambulatório do Hospital Universitário: Apresenta as entrevistas com os participantes do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG (Unidade Integrada de Análise 2). Apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão e com a coordenação do ambulatório de especialidades e com o serviço e regulação do Hospital Universitário (HU/FURG).

SUBCAPÍTULO 8.3, denominado **Fonte de Evidências 2**, apresenta os documentos utilizados como Evidências documentais no Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

O **SUBCAPÍTULO 8.4**, denominado “Configuração da rede de atenção à saúde nos municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul”, apresenta e discute os escores atribuídos na configuração das RASs nos municípios estudados, após a realização das entrevistas com a utilização do instrumento adaptado para este estudo e segundo critérios previamente anunciado na metodologia. Apresenta, igualmente, a classificação de cada um dos municípios e esta apresentação está acompanhada de um quadro demonstrativo (Quadro 10) com as Questões Avaliativas e os escores.

8.1 ESTUDO DE CASO-PILOTO

Neste subcapítulo, é apresentado o Estudo de Caso-Piloto realizado no município de Turuçu/RS, onde são apresentadas as entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com profissionais de saúde, com o presidente do conselho municipal de saúde e com o funcionário do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS). Conclui o subcapítulo apresentando a configuração da rede de atenção à saúde desse município,

conforme metodologia proposta e as contribuições do Estudo de Caso-Piloto para este Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

Critério de escolha para o Estudo de Caso-Piloto

Os estudos de caso múltiplos devem ser precedidos de um Estudo-Piloto para aprimorar a coleta de dados e até mesmo para o critério de seleção dos sujeitos informantes. Com este objetivo, para a escolha do caso-piloto, é recomendado o critério de conveniência, no sentido de se ter mais facilidade no acesso aos documentos, proximidade geográfica e acessibilidade dos informantes (YIN, 2010).

Com estas considerações, a escolha do local para o Estudo de Caso-Piloto teve como critério a proximidade geográfica com o município do Rio Grande/RS, local onde se situa o ambulatório do HU/FURG, para o qual o município referencia consultas especializadas; ser um município pertencente à mesma Coordenadoria Regional de Saúde, a 3ª CRS; contar com uma profissional enfermeira egressa da FURG no quadro de pessoal da secretaria municipal de saúde do município.

Com estas características, o local escolhido para o Estudo de Caso-Piloto foi o município de Turuçu/RS. O referido município dista de Rio Grande/RS 106 km, com tempo estimado de 1 hora e 35 minutos, sendo o acesso realizado por três vias federais interligadas em sequência, a BR 392, a BR 471 e a BR 116 (DISTANCIACIDADES, 2014c).

8.1.1 Estudo de Caso-Piloto Turuçu/RS

A **Seção 1** apresenta as falas obtidas através das entrevistas realizadas com os participantes do município de Turuçu/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

Caminho Metodológico

Os itens que compõem o instrumento para a entrevista e que serviram como foco para orientação do entrevistador foram elaborados, em parte, inspirado conforme já apresentado anteriormente no capítulo Metodologia, na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (OPAS, 2010) para avaliação das RASs e também em uma adaptação baseada no questionário proposto por Mendes (2011, p. 427-37) para avaliação do grau de integração das

RASs, construído a partir das concepções teórica e operacional, medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

Conforme metodologia proposta e já anteriormente descrita, procurou-se considerar como “foco”, durante a condução da entrevista, sete itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde: População (C1); Atenção Primária à Saúde (C2); Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Sistemas de Apoio (C4); Sistemas Logísticos (C5); Sistema de Governança da Rede (C6); e Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passará a ser apresentado o resultado das entrevistas realizadas no município de Turuçu/RS durante o Estudo de Caso-Piloto, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTA

Componente População (C1)

No componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Nesta direção, foi possível identificar que estes dois itens estão contemplados.

Segundo os profissionais de saúde, o município está dividido em regiões onde são realizados grupos com atendimentos aos pacientes crônicos já cadastrados bem como outros que procuram o serviço apresentando novas demandas. O representante do controle social destaca a configuração territorial em que está definida a assistência da ESF, zona urbana e zona rural.

Dividimos a área em quatro regiões e cada uma das regiões tem um local onde nos reunimos uma vez por mês e damos atividades em grupo. Essa atividade garante que possamos trabalhar com educação em saúde e chegar em todos eles mais fácil. Mas, além disso, diminui o número de consulta na unidade de saúde. (MED/ESF1/TU)

Temos duas ACS: uma que é da área e a outra que a gente convida para ajudar. Como são todos do município, a maioria já conhece a população, então facilita. (ENF/ESF1/TU)

Nós temos duas unidades de ESF, uma que atende mais a zona urbana, e a outra que atende a zona rural. (CS/TU)

Ainda segundo os profissionais de saúde, a identificação das necessidades de saúde da população pode ocorrer de duas formas: pela demanda e pela visita domiciliar do ACS.

No consultório, quando o paciente vem por apresentar um problema agudo, e detectamos um problema crônico. Então ele é encaminhado para o grupo. Em segundo, pelo trabalho das ACS. Elas visitam as casas todos os dias e têm um cadastro dos hipertensos e diabéticos. Verificam se eles estão sendo acompanhados ou não, pela data das receitas. Isso obriga a eles a comparecer nas consultas e serem acompanhados. (MED/ESF2/TU)

Temos, na programação da estratégia, os grupos semanais dividimos por localidades. Dentro do grupo o médico atende basicamente diabetes e hipertensão, mas se tiver outros pacientes que estejam descompensados também. (ENF/ESF1/TU)

Detectamos os problemas de saúde através das ACS com as visitas domiciliares e também no consultório com a médica. Chegam ao consultório, fazem a primeira consulta e eu encaminho para os grupos. Mantenho contato com ele através das ACS, mas também diretamente. (ENF/ESF2/TU)

Na concepção do gestor e do representante do controle social, as peculiaridades culturais e as necessidades especiais, equidade, são consideradas para a definição das necessidades de saúde da população.

Os ACS estão bem comprometidos. O público da zona urbana é bem diferente dos da zona rural. É outro público, são outros usuários; então a gente tem políticas um pouco separadas. (G/TU)

A estratégia funciona [...] tem um período que eles não atendem, porque aí é visita nas residências. Temos muitas pessoas acamadas e eles têm essas visitas em casa. (CS/TU)

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde. A interação entre as equipes da APS e a atenção especializada bem como a articulação dessas equipes com a comunidade igualmente são importantes neste componente (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A capacidade dos ACS para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade, e a existência de conselho local de saúde também qualificam a RAS (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nesta direção o gestor e o representante do controle social destacam que a estrutura da rede oferece um fluxo com início na unidade com ESF e quando necessário o usuário é encaminhado para o pronto atendimento do município ou para consultas com especialistas fora do município. Os profissionais atribuem certo grau de facilidade neste quesito em decorrência do município ser pequeno. No entanto, manifestam dificuldades quanto às cotas para encaminhamentos a especialidades bem como para exames com imagens e laboratoriais.

Atualmente estamos com 100% de cobertura na atenção básica. Antes não tínhamos uma atenção básica, somente o pronto atendimento. (G/TU)

Nós temos duas unidades de estratégia de saúde da família, uma que atende a zona urbana e a outra que atende a zona rural. Quando necessário, o encaminhamento é feito para o pronto atendimento. (CS/TU)

[...] aqui o sistema de referência funciona bem. Acho que por conta do município ser pequeno, para a secretaria de saúde é um pouco mais fácil organizar o trabalho. (MED/ESF1/TU)

Turuçu é um município pequeno, então as cotas para especialistas é bem pequena e é difícil de fazer um acompanhamento como se deve realmente. (MED/ESF2/TU)

O Ministério da Saúde nos diz que todo hipertenso e diabético tem que ter uma revisão do nefrologista e do oftalmologista pelo menos uma vez por ano. No entanto é impossível conseguir aqui, porque o número de hipertensos e diabéticos é muito grande e a cota de consulta é muito pequena. (MED/ESF2/TU)

[...] quando os especialistas pedem algum exame de imagem ou laboratorial, os pacientes têm que voltar aqui no meu consultório para eu trocar a requisição, porque tem que ser uma requisição de Turuçu. Acho que o SUS deveria ser integrado para que o paciente não precisasse fazer toda essa volta para conseguir a requisição. Não tem por que o paciente passar comigo de novo essa questão burocrática. Eu acho que podia mudar. (MED/ESF2/TU)

Foi possível identificar, com relação ao Componente Atenção Primária à Saúde, a fragilidade na interação entre as equipes de APS e de atenção especializada. Embora reconhecendo que não seja de maneira geral, estas fragilidades são referidas tanto pelo gestor como pelos profissionais de saúde.

Antes havia mais problemas de acesso a consultas, a exames de especialidades, e até cirurgia de alta complexidade. Ainda existem algumas dificuldades de acesso, mas se vê um grande avanço nessa área. Temos alguns pontos a considerar que são especialidades onde não tem tantos profissionais, e os hospitais não ofertam. (G/TU)

Rio Grande é a nossa referência para traumatologia e cardiologia, Piratini é cirúrgica e “otorrino”. O que nós percebemos como problema é a demanda. Traumatologia e cardiologia são os mais tranquilos, porque pedimos com urgência; mas o fluxo de rotina de referência é complicado, porque a demanda é muito maior que a oferta. (ENF/ESF1/TU)

[...] encaminhando na maioria das especialidades e eles conseguem. Existem especialidades que são tranquilas, como traumatologista, psiquiatra e cardiologista. Mas outras, não. Quando tem que encaminhar para “endócrino”, existe uma dificuldade. (MED/ESF1/TU)

Um ponto importante a destacar quanto ao Componente da Atenção Primária à Saúde é a articulação das equipes da APS com a comunidade (OPAS, 2010; MENDES, 2011). É possível perceber pelas falas dos profissionais de saúde e do gestor a relação de proximidade das equipes com a comunidade tanto no geral quanto em relação aos aspectos culturais e de equidade.

Além dos grupos, fizemos educação em saúde fora dos grupos, tentando sempre trazer algo para o cotidiano, festa junina, dia das mães [...]. Temos um grupo quilombola com o qual trabalhamos. Então a gente começou a trazer eles a ter convívio e a mostrar a importância da saúde para eles. (ENF/ESF2/TU)

Temos um trabalho em parceria com a escola que é muito atuante junto com a unidade de saúde. Conseguimos fazer trabalhos com a escola, não só com as crianças, mas com os pais, os professores e com a família. (ENF/ESF2/TU)

Aqui é uma colônia de pomeranos²; então tem gente que mal fala o português. São vários idosos que falam muito pouco o português e é difícil entender o que eles falam e é difícil eles entenderem também o que falamos. Às vezes tem que pedir para um familiar vir junto na consulta. Nas consultas com especialistas sempre peço para um familiar ir junto. (MED/ESF2/TU)

² Imigrantes provenientes da Pomerânia (Pommernland), no norte da Alemanha, junto ao Mar Báltico. Na região sul do Brasil, a chegada dos pomeranos se deu em outubro de 1857 (LABEURB, 2015).

Algumas decisões que a gente tem na zona urbana é um pouco diferente da rural. Tem todo esse problema da cultura local [...] então as diferenças se tratam diferentes. (G/TU)

Pela necessidade de articulação das equipes da APS com a comunidade, é fundamental a participação do ACS exercendo a função de elo entre a equipe e a comunidade (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Nos relatos dos profissionais de saúde e do representante do controle social, os ACS exercem efetiva participação nas atividades com as comunidades. No entanto, em seus relatos também surgem considerações sobre a sobrecarga e a necessidade de capacitação não somente para os ACS, mas para toda a equipe de saúde.

Em nossas reuniões de equipes, sempre trazemos o que eles falam informalmente. As ACS, como têm um contato direto com a população, também trazem algumas solicitações. Nessa reunião, sempre fazemos o apanhado geral do que acontece na equipe e na população. (ENF/ESF2/TU)

[...] no conselho, quando os ACS têm oportunidade, eles participam. Mas não é sempre, porque eles têm a meta para cumprir durante o mês e às vezes não tem como. (CS/TU)

Temos o apoio da terceira coordenadoria de saúde, mas ela peca na função de capacitação. Acho que eles deviam estar mais presentes nos municípios. Agora temos 100% de cobertura de estratégia na atenção básica; então eu vejo como ponto negativo a terceira coordenadoria não fazer capacitação para as equipes. (ENF/ESF1/TU)

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde faz-se necessária a existência de um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Neste quesito, a participação do conselho de saúde, segundo a fala do gestor, dos profissionais de saúde e de seu próprio representante no controle social, aparece como deliberando junto ao gestor no intuito de compartilhar responsabilidades e, em atuações, o que parece ser uma demanda permanente, na questão do transporte e de medicamentos.

Procuro passar um pouco de responsabilidade para o conselho, porque em muitos casos, se eu tomar a decisão, pode acarretar em demandas e vir neles. Já decido junto para quando der um problema maior e a população não tiver de acordo, então a gente já discutiu no conselho. Então vem para o conselho de novo e a gente rediscute e tenta resolver. (G/TU)

A questão do transporte envolve muito o conselho municipal de saúde. (ENF/ESF1/TU)

A saúde disponibiliza carros para levar para internar ou algum exame. Vai para São Lourenço, Pelotas, Rio Grande, Piratini, Canguçu, Bagé, Porto Alegre. É tudo o carro da saúde que faz. (CS/TU)

[...] o médico encaminha, daqui ele liga para Rio Grande, marca a consulta, quando é uma coisa rápida, uma fratura ou coisa. O médico que atende aqui pede um raio-X, ele mesmo encaminha e aí o paciente vai, eles levam. Por enquanto o conselho ainda não precisou intervir em nada quanto a esse ponto. (CS/TU)

Quando tem algum tipo de medicamento que custa a chegar ou que é da farmácia popular, já não tem mais no posto. Às vezes pode até levar um, dois dias até que chegue o medicamento, porque é pedido, mas às vezes atrasa. O medicamento é caro e a prefeitura não disponibiliza esse tipo de medicamento. Então tem pacientes que entram na justiça. (CS/TU)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através de reforço da APS bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Tanto a substituição da atenção ambulatorial especializada quanto a contrarreferência são citados pelos entrevistados. No entanto, enquanto a primeira aparece de uma forma positiva, inclusive contando com o apoio do gestor local, a segunda surge de maneira contundente e com muita propriedade na fala dos profissionais de saúde, como sendo um problema a equacionar com os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.

Quanto ao movimento de substituição, os profissionais fazem as seguintes falas:

Aqui na colônia trabalhamos com os grupos. Temos três grupos de hipertensos e diabéticos que são divididos na nossa microárea. (ENF/ESF2/TU)

Quando cheguei aqui, o grupo não era tão participativo. Como as receitas são renovadas de três em três meses, eles vinham somente para isso. Começamos a introduzir educação em saúde, a fazer palestras e atividades trazendo para o grupo coisas que chamassem a atenção deles, que não fosse só para ir verificar a pressão, o Hgt e pegar receita. (ENF/ESF2/TU)

Atendemos pela manhã. Orientamos que eles tragam lanche, até receber a educação em saúde que a agente faz antes de passar para a consulta

individual com o médico. Logo após passam pela equipe de enfermagem que confere se a medicação está em dia. Às vezes eles trocam. Alguns não tem alfabetização. (ENF/ESF1/TU)

O secretario de saúde nos apoia muito em qualquer projeto que a gente tenha. Não temos aqui estrutura física para fazer os grupos de diabetes e hipertensos. O secretário então disponibilizou a salão do CRAS. (ENF/ESF1/TU)

Nesta unidade, temos quatro grupos de pacientes com hipertensão e diabetes. Antes os pacientes vinham aqui trocar receita, consultar por qualquer coisa. Para conseguir dar uma maior cobertura e uma melhor atenção em saúde, a gente se organizou. (MED/ESF1/TU)

Quanto à questão da contrarreferência como sendo um problema a ser equacionado, foi manifestado no momento em que os profissionais de saúde da atenção básica, enfermeiros e médicos, referem dificuldades ao receber a contrarreferência de seus pacientes. Esta dificuldade está presente tanto nos retornos de consultas com especialistas como nos casos pós-alta hospitalar. Inclusive quanto da necessidade de prescrever medicamentos e solicitar exames complementares sugeridos pelos especialistas.

Acho que existe um pouco de dificuldade em respeito à comunicação do especialista com o médico da ESF. Às vezes o paciente volta só com uma indicação de tratamento ou de retorno, mas não explica o pensamento do especialista, não fica registrado em uma folha, no mesmo encaminhamento que existe. (MED/ESF1/TU)

Um caso de disfunção renal, que precisa de um especialista a gente encaminha, mas é difícil ter o retorno desse paciente e desse especialista. A gente manda a folha de referência, mas raramente ela volta com a contrarreferência do médico para ver o que ele fez, o que pediu, o que acha do estado do paciente e o que quer que se faça aqui no retorno. (MED/ESF2/TU)

O paciente aqui da colônia não tem esse conhecimento de perguntar para o médico o diagnóstico direitinho. Às vezes ele nem sabe que remédio está tomando. É complicado essa parte para mim. (MED/ESF2/TU)

Mais de 70% dos pacientes que têm alta do hospital, não têm a folha de alta. O médico então tem que adivinhar; não sabe o que aconteceu com o paciente. Na minha área, são pacientes de baixo nível cultural. A maioria são colonos. Eles fazem coisas maravilhosas no hospital. Mas acho que a maioria dos especialistas dos hospitais não estão com a preocupação de se

comunicar com o médico da rede e a gente tem que dar continuidade ao trabalho que ele fez. (MED/ESF1/TU)

Mas as contrarreferências, nunca têm. Não temos o retorno desse paciente, o que aconteceu na internação, que tratamento foi dado, qual a continuidade [...]. (ENF/ESF2/TU)

O paciente muitas vezes retorna para nós do ponto que a gente parou, e o paciente nosso aqui, ele tem uma dificuldade maior de falar o que aconteceu, não sabe que tratamento foi utilizado. (ENF/ESF2/TU)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS e um mecanismo de distribuição racional dos insumos farmacêuticos. Igualmente importante é a verificação da existência de protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à programação feita a partir das necessidades da população, uma possibilidade de que esteja sendo observada foi possível identificar na fala do gestor ao manifestar a opção pelo consórcio para a aquisição de medicamentos. A distribuição racional também a princípio pode ser alcançada com a presença da farmácia popular conforme a fala do representante do controle social.

No entanto, é possível perceber na fala dos profissionais médicos que a dificuldade surge quando do retorno de seus pacientes após a consulta com especialistas, o que remete novamente aos desencontros no sistema de referência e contrarreferência.

Nosso sistema de farmácia é bom. Não temos problemas quanto à distribuição, seguimos a lista do RENAME³. Participamos de um consórcio pela AZONASUL⁴ e que até hoje se compra medicação pelo consórcio público. Houve uma compra grande. 22 municípios comprando. E nós não fazemos a nossa licitação interna e optamos pelo consórcio pela redução de custo. (G/TU)

³ Relação Nacional de Medicamentos Essenciais – RENAME (BRASIL, 2015f)

⁴ A Associação dos Municípios da Zona Sul (AZONASUL) conta com 23 municípios associados desenvolvendo uma intensa atividade institucional, política e técnica, objetivando o fortalecimento do municipalismo, que busca a descentralização da administração pública em favor dos municípios e das suas comunidades. Atua, também, no assessoramento às prefeituras da região, buscando promovê-las como legítimas representantes das demandas sociais e econômicas (AZONASUL, 2015).

A farmácia popular, nós temos três farmácias aqui; então é nas farmácias. O medicamento que tem ali é o básico que os médicos receitam, então aquilo ali tem. (CS/TU)

Acho que existe um problema na comunicação do especialista com o médico da estratégia. Às vezes o especialista, acredita que tem de receitar remédio de uma complexidade maior, que não existe na farmácia do município, que não encontramos fácil. Eu acho que o médico tem que ter a consciência de usar a medicação que temos. (MED/ESF1/TU)

A medicação é um assunto bem delicado principalmente no que tange às especialidades. Um paciente aqui, que veio do [...] para mim veio com uma medicação que custa quinhentos reais; então eu tenho que fazer o pedido primeiro para o município e, se é negado, a gente tem que pedir para o Estado. (MED/ESF2/TU)

No que tange aos protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação, parece também haver dificuldades quanto aos desencontros no sistema de referência e contrarreferência. O que pode ser claramente identificado na fala dos profissionais médicos e do gestor.

[...] um paciente que descobri há um tempo atrás, que ele tinha hepatite C. Pedi os exames que a gente conseguiu aqui e encaminhei para o “gastro”, mas a consulta demorou uns 5 meses para sair [...]. Essa semana ele voltou sem a contrarreferência; não sei o que o médico fez. [...] o paciente disse: “ele só me pediu uns exames”. (MED/ESF2/TU)

[...] quando os especialistas pedem algum exame de imagem ou laboratorial, os pacientes têm que voltar no meu consultório para eu trocar a requisição porque tem que ser uma requisição de Turuçú. Eu acho que o SUS é um sistema que deveria ser totalmente integrado para que o paciente não precisasse fazer toda essa volta para conseguir a requisição. Não tem por que o paciente passar comigo de novo, essa questão burocrática. (MED/ESF2/TU)

[...] a coordenadora faz as marcações de exames e os agendamentos. Verifica os exames que estão com problemas, com demora ou que já venceram e comunica para as ACS. Então as ACS têm que vir uma vez por semana aqui no centro administrativo para ver como estão as consultas e os exames das pessoas. (G/TU)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos, é importante verificar a existência de uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário; se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real. E, se o sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS) são parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular o município conta com duas equipes da ESF que utilizam prontuário único para cada família, organizam grupos para atender as demandas de pacientes portadores de doença crônica, sobretudo identificando subpopulações por riscos. A existência destas atividades já foi apresentada nos três primeiros componentes acima descritos.

Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, é possível perceber que, embora todo o esforço da gestão, o município enfrenta dificuldades em atender as exigências da comunidade por ainda não possuir um módulo de transporte, prestado com veículos adequados, no transporte de pessoas usuárias para procedimentos.

A saúde disponibiliza carros para levar para internar ou algum exame. Vai para São Lourenço, Pelotas, Rio Grande, Piratini, Canguçu, Bagé, Porto Alegre. É tudo o carro da saúde que faz. (CS/TU)

A saúde quanto à referência para atendimentos com especialistas, está tudo muito bom, tem os veículos para levar. Se for particular, a saúde não leva. Aí foi decidido assim: caso tenha alguém que for num horário em que o veículo da saúde está indo, seja onde for, se tiver uma carona, dão uma carona. Levam junto. Mas o contrário, não. O secretário da saúde disse um dia: “Vocês do conselho têm autonomia para decidir”. Então acabou essa história aqui. (CS/TU)

[...] os pacientes querem que seja táxi. Vão ao conselho para pedir a liberação de deslocamento para consultas e procedimentos em outro município. O conselho decide e justifica. (ENF/ESF1/TU)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede, é importante verificar se este componente “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”. A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede. Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS e se esta avaliação contempla a realizada pelas pessoas usuárias (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A governança da rede é descrita pelo gestor e por profissionais da saúde que destacam algumas facilidades e dificuldades desse processo.

Entre as dificuldades apresentadas encontra-se a de regulação, o não cumprimento de metas, e a de acesso à alta complexidade. Neste sentido o gestor relata a necessidade de em certas ocasiões ter que adotar atitudes mais contundentes para agilizar o sistema.

Pelotas é nossa referência de “oftalmo”. A média complexidade fazemos em Pelotas, mas quando há uma cirurgia de alta complexidade, é encaminhado a Porto Alegre. Entra no sistema de regulação estadual. Aí concorre com os usuários de todo o Estado, a fila é de um ano, dois. (G/TU)

[...] se o hospital não prestar o serviço, o gestor não tem como intervir. Muitas vezes a gente pactua, e o hospital não consegue cumprir a meta. O Governo está priorizando aqueles contratos que estão sendo cumpridos, e os que não estão sendo cortados. Os hospitais também estão começando a cortar serviço. Em algumas especialidades não tem oferta por falta de profissional. (G/TU)

[...] a traumatologia em Rio Grande agora melhorou, mas estava bem complicado. Tivemos um caso [...] com fratura de fêmur; foi precisando fazer a cirurgia para colocar uma prótese e foi mandada de volta por falta de material para realizar cirurgia [...] o secretário de saúde se envolveu e entrou em contato com a secretaria de Rio Grande e então dez dias após ela foi chamada para fazer a cirurgia. Mas não pela “traumato” e sim pela FURG. (ENF/ESF1/TU)

O Estado alegava que não tinha profissionais, que a fila era muito grande e não tinha material para a cirurgia. A paciente recorreu judicialmente e teve que esperar igual a fila andar para fazer a cirurgia de catarata. (ENF/ESF1/TU)

Tivemos três processos judiciais de cirurgia numa emergência, que acabou se resolvendo depois em acordo com o hospital. (G/TU)

Hoje o grande problema é com a falta de comunicação; o sistema não funciona. A nossa comunicação muitas vezes é informal, não é formalizada. O que é burocrático, a gente tem, mas quando é para agilizar o serviço, não temos essa formalidade. Damos um telefonema, ou uma mensagem, ou mesmo o pessoal vai, fala. Se faz dessa forma para agilizar um pouco o sistema. (G/TU)

Em caso mais urgente ou algumas situações mais complicadas ou de mais complexidade, muitas vezes o gestor teve que intervir, porque temos nossas referencias, mas a gente ainda esbarra em alguns profissionais. Então o gestor teve que intervir e falar que o hospital é referência. (ENF/ESF2/TU)

O monitoramento e avaliação surgem nas falas do gestor e dos profissionais de saúde, mais direcionado para a avaliação das equipes da ESF do que propriamente da RAS. Na mesma direção, de forma incipiente, aparece igualmente a avaliação dos usuários em relação à assistência recebida.

[...] oficialmente não tem um processo de avaliação, mas sempre deixamos em aberto nas conversas nos grupos qualquer coisa que eles queiram que mudem ou dar sugestão. Eles têm abertura de falar e eles têm falado. (MED/ESF2/TU)

Fazemos reuniões periódicas. A geral é feita quando percebemos que o sistema não está ajustado. Se estiver tudo bem, é semanal; cada equipe faz a sua. (G/TU)

[...] nas reuniões em equipe, sempre trazemos o que os usuários falam informalmente. As ACS, como tem um contato direto com eles, também me trazem algumas solicitações deles. Nessa reunião fazemos o apanhado geral do que acontece na equipe e na população. Procuramos adequar a nossa rotina em prol das necessidades deles. (ENF/ESF2/TU)

[...] percebemos a valorização do paciente com relação à equipe; estamos começando a colher os frutos depois de um ano. (ENF/ESF1/TU)

[...] mesmo que a gente tenha uma rede bem estruturada, ela tem problemas. Mas se a rede não tivesse estruturada, te garanto que o problema seria muito maior. Se tivesse desestruturada, não teria como ter essa governança. (G/TU)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde; se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede; se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera; e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Muitas vezes tu ajuda uma pessoa, fazendo de tudo e vendo que, se ela tivesse que cair em um sistema que tá falho, ela nem conseguiria acessar. Então eu também, como gestor, me coloco no lugar dele e vejo onde há necessidade de agilizar. E tem que às vezes tensionar o sistema. Acho interessante ter essa sensibilidade de saber que aquele problema tem que ser resolvido o quanto antes. (G/TU)

Em casos mais graves, houve a necessidade de intervenção do gestor, principalmente casos oncológicos de suspeita, porque paciente oncológico no SUS tem sempre prioridade, mas até que a gente faça o diagnóstico é só uma suspeita. Precisamos que o exame seja mais rápido, ou a biópsia ou a ressonância, isso é mais difícil mais demorado. Então a gente pede ajuda para o gestor. (MED/ESF2/TU)

O médico encaminha daqui, ele liga para Rio Grande, marca a consulta. Quando é uma coisa rápida, uma fratura, o médico que atende aqui pede um Raio-X; ele mesmo encaminha e aí o paciente vai. (CS/TU)

O atual secretário se empenha muito [...] teve um problema que Rio Grande não estava atendendo e aí ele andou entrando em contato até com a secretaria de saúde de Rio Grande e voltou de novo o atendimento. (CS/TU)

Fazemos bastante acompanhamento com gestante. Temos uma ginecologista na cidade. Então é muito mais rápido, muito mais fácil. Eu já ligo para ela e consigo conversar e ver o que ela acha, o que tem que fazer e o retorno. Tem a carteirinha da gestante. Então ela tem que escrever tudo. (MED/ESF2/TU)

Quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, é possível perceber pelos relatos já descritos em relação às atividades das equipes da ESF. No entanto, a questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece causar uma

inconformidade com o sistema, impulsionando os profissionais e a própria gestão a tensionar e intervir.

Questões avaliativas, escores e interpretação da RAS conforme metodologia

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS com olhar a partir do município de Turuçu/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total desse município.

O município de Turuçu/RS, Estudo de Caso-Piloto, obteve escore igual a 37 (trinta e sete). Esta pontuação sugere ser a RAS desse município como uma Rede de Atenção à Saúde incipiente com capacidade básica para operar.

Os escores obtidos em cada item avaliado encontram-se apresentados no Quadro 05.

Quadro 05 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de Turuçu/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/ escore
Componente	Questão Avaliativa	Turuçu/RS Estudo de Caso-Piloto
C1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	3
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	3
C2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	2
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	0
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	3
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	3
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1
C3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	3
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0
C4 Sistemas de	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população	2

Apoio	adscrita à RAS?	
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	1
	III) Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	0
C5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	3
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	3
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	0
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	1
C6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	1
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	1
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	1
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1
C7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	2
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	3
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	0
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	0
Total		37

Diário de Campo Estudo de Caso-Piloto Turuçu/RS

No período das tratativas para a visitação ao município de Turuçu/RS, o primeiro contato foi realizado com uma enfermeira egressa do curso de graduação em enfermagem da FURG, que no momento da visitação não mais atuava no município. No entanto, as tratativas continuaram com a nova enfermeira, também egressa, porém do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família, da Escola de Enfermagem/FURG.

Após as tratativas com as enfermeiras e com o secretário municipal da saúde, ocorreu a viagem precursora a Turuçu/RS. Este evento oportunizou-se pela saída de campo com os acadêmicos da disciplina Enfermagem na Rede de Atenção à Saúde, da Escola de Enfermagem. A viagem precursora ocorreu em 21 de maio de 2015, com saída de Rio Grande/RS às 08:00h e chegada a Turuçu/RS às 10:45h, sendo o transporte realizado por ônibus fretado pela Universidade Federal do Rio Grande.

Durante o trajeto, foi possível identificar trechos da estrada em obras, motivo ao qual atribuo o tempo de duas horas e quarenta e cinco minutos de deslocamento para percorrer 106 km entre as duas cidades.

Na chegada, o primeiro contato foi com a diretora administrativa da secretaria da saúde, que nos apresentou ao secretário municipal de saúde. Iniciamos a visita nos deslocando até a UBSF da Zona Urbana. Lá, a enfermeira apresentou a UBSF e fez uma explanação sobre as atividades ali realizadas. Entre as informações sobre a composição da equipe básica daquela unidade, consta como integrante um médico cubano, do Programa Mais Médicos, do Governo Federal⁵.

Na sequência, a visita foi em uma UBSF da Zona Rural. O acesso é por estrada de chão, porém em boas condições, levando-se em consideração não haver chovido nos últimos dias (tempo de deslocamento, 15 minutos).

A enfermeira relatou que entre a sua população adscrita tem uma Comunidade Quilombola⁶ e que esta participa ativamente das programações propostas pela unidade de saúde; tem inclusive um representante no Conselho Municipal de Saúde. Na conversa com a médica da UBSF bem como com a enfermeira, foi possível perceber a atuação multiprofissional e o entrosamento da equipe.

As atividades do período da tarde tiveram início com a visitação ao Pronto Atendimento 24 horas, situado ao lado da UBSF da zona urbana.

⁵ O Programa Mais Médicos (PMM) é parte de um amplo esforço do Governo Federal, com apoio de estados e municípios, para a melhoria do atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS). Além de levar mais médicos para regiões onde há escassez ou ausência desses profissionais, o programa prevê, ainda, mais investimentos para construção, reforma e ampliação de Unidades Básicas de Saúde (UBS), além de novas vagas de graduação, e residência médica para qualificar a formação desses profissionais. Nesses dois anos, o PMM conseguiu implantar e colocar em desenvolvimento os seus três eixos pilares: a estratégia de contratação emergencial de médicos, a expansão do número de vagas para os cursos de Medicina e residência médica em várias regiões do país, e a implantação de um novo currículo com uma formação voltada para o atendimento mais humanizado, com foco na valorização da Atenção Básica, além de ações voltadas à infraestrutura das Unidades Básicas de Saúde (BRASIL, 2015c).

⁶ As comunidades quilombolas são grupos étnicos, predominantemente constituídos pela população negra rural ou urbana, que se autodefinem a partir das relações específicas com a terra, o parentesco, o território, a ancestralidade, as tradições e práticas culturais próprias. Estima-se que em todo o País existam mais de três mil comunidades quilombolas (BRASIL, 2016a).

Esta unidade de saúde presta apoio, por convênio, à empresa que administra o pedágio da estrada que passa ao largo da cidade, BR 116, no sentido de prestar o primeiro atendimento às vítimas de acidentes naquele trecho da rodovia.

Segundo relato do secretário de saúde e dos profissionais que lá atuam, o atendimento à população local no Pronto Atendimento 24 horas é feito por encaminhamento das duas UBSF do município.

A segunda atividade do período da tarde ocorreu no centro de convivência, com uma “Roda de Conversa”, em que participaram os acadêmicos e professores da Escola de Enfermagem da FURG, o secretário municipal da saúde, a diretora de saúde e enfermeiras da rede de atenção básica à saúde.

Durante a “Roda de Conversa”, foram abordados assuntos pertinentes à gestão em saúde, gerenciamento, modelo de atenção à saúde, participação popular, estratégia saúde da família, encaminhamento dos usuários do SUS, conforme o nível e complexidade no sistema. Foram igualmente discutidas questões relacionadas ao acesso aos serviços de saúde e quanto ao financiamento do SUS.

A discussão foi proveitosa para todos os participantes e na ocasião ficou agendado um próximo encontro, data a ser definida, para a realização das entrevistas e coleta de informações utilizando o instrumento previsto no projeto de doutoramento.

O segundo contato correu no dia 06 de julho de 2015, onde foram realizadas seis entrevistas individuais. Foram entrevistados o secretário municipal da saúde, o presidente do conselho municipal de saúde, uma enfermeira e um médico que atendem em UBSF da zona urbana e uma enfermeira e uma médica que atendem em UBSF da zona rural.

Esta atividade do Estudo de Caso-Piloto serviu para descrever alguns aspectos do grau de integração da rede de atenção à saúde, conforme o olhar do gestor, dos profissionais que atuam na ESF e do controle social no município de Turuçu/RS.

Ainda como resultante da análise das falas dos participantes, foi possível identificar a importância de um serviço que regule o acesso aos serviços de saúde. Tal dado foi percebido pela fala do gestor local, conforme relato a seguir:

[...] a coordenadora faz as marcações de exames e os agendamentos.
(G/TU)

8.1.2 Estudo de Caso-Piloto O Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS)

A Seção 2 apresenta as falas obtidas na entrevista realizada com o servidor do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde.

Caminho Metodológico

Foi realizada a entrevista com o participante do Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde identificado pela sigla R/CRS.

Devido ao fato desse participante não atuar diretamente nos territórios (Unidades Integradas de Análise), procurou-se considerar como “foco”, durante a condução da entrevista, 4 itens quanto aos elementos ou Componentes da Rede de Atenção à Saúde. O Componente Atenção Primária à Saúde (C2); o Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); o Componente Sistema de Governança da Rede (C6); e o Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7).

ENTREVISTA

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde (C2), a referência da APS ser um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde, bem como a interação entre as equipes da APS e a atenção especializada, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) segundo o participante:

Até o ano de 2014 não tínhamos regulação na Terceira Regional de Saúde, ou seja, o Estado, a região não regulava seus contratos. Então, em junho de 2014, o Estado implantou na regional a regulação ambulatorial de consultas especializadas. Inicialmente com o hospital de Piratini e com a clínica Clovis Boito, de Jaguarão, com duas especialidades, “otorrino” em Piratini e “oftalmo” em Jaguarão. Em seguida já evoluiu para o hospital Santa Casa do Rio Grande para a especialidade de “traumato” com cinco subespecialidades e na especialidade de “onco” com seis subespecialidades. Esse sistema regula então o acesso dos pacientes referenciado para esses hospitais. (R/CRS)

[...] para essas especialidades e hospitais a regulação se dá através do sistema adotado pelo Estado, que é o SISREG, que é um sistema do DATASUS, então a forma que temos para primeira consulta é através do acesso ao sistema. Cada município tem uma senha, um usuário de acesso a esse sistema, um solicitante que é cadastrado e capacitado para fazer a solicitação diante da sua demanda. Ele insere o paciente e a regulação, nos casos que estão abertos, vai agendar. O município também tem a oportunidade de agendar diretamente no próprio sistema. (R/CRS)

É possível perceber que a regulação em saúde realizada pela 3ª CRS passa a ocorrer a partir de 2014 e que a regulação para consultas especializadas para o Hospital de Caridade Santa Casa do Rio Grande inicia com duas especialidades, a traumatologia e a oncologia. Identifica-se também que para o acesso à regulação existe um sistema informatizado oficial para o gerenciamento das demandas reguladas em saúde, por onde os municípios acessam o sistema, sendo então estabelecido o fluxo.

Embora não relatada, a referência da APS como requisito para o acesso a outros níveis de atenção à saúde, é possível perceber como ocorre o acesso a consultas especializadas via regulação em saúde.

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde (C2) quanto à necessidade da existência de um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) segundo o participante:

Parece-me que, na reunião com a gestão, quando veio a coordenação da secretaria estadual, da regulação estadual, pactuar com a gestão municipal a implantação do sistema, Rio Grande estava regulando esse procedimento e estaria então migrando para o sistema do DATASUS na regional, houve uma reunião ampla e acho que houve a participação de conselheiros de saúde. (R/CRS)

Verifica-se que, embora reconhecendo não ser possível afirmar, o funcionário do serviço de regulação da 3ª CRS faz referência ao CMS como participante no processo de regulação em saúde, quando de sua ocorrência na região. Fato este que inclui entre as atividades desenvolvidas pelo CMS de Rio Grande/RS a de participação nas questões de planejamento.

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3), a importância de verificar a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) segundo o participante:

Como servidor do Estado, conhecia a regulação, sabia que é um instrumento de gestão do SUS, mas não tinha a prática. Conhecendo agora o sistema de regulação, trabalhando com ele, vivenciando essa relação com os municípios, a forma com que o sistema reúne todos os entes, seja prestador, usuário, município solicitante, eu vejo a regulação como um importante instrumento de gestão, que deve ser cada vez mais apropriado pelas instâncias tanto municipal, local, estadual, regional, no sentido de qualificar esse processo de garantia de acesso e demais relações do sistema. (R/CRS)

É possível identificar a importância atribuída à regulação em saúde como instrumento de gestão para o acesso aos serviços e, sobretudo como interlocutor entre os entes envolvidos. Neste sentido, esse instrumento de gestão serve igualmente para o acesso e para o conhecimento das necessidades de retorno ao que foi solicitado, o que pode ocorrer, embora sem garantias, nas demais relações do sistema, entre elas a contrarreferência.

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede (C6) é importante verificar se a contratualização dos prestadores de serviços está sendo observada neste componente da rede. (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Segundo o participante:

Quando da implantação do sistema de regulação na região, houve pactuações em diferentes momentos com os gestores, com os diretores dos hospitais e depois houve uma capacitação para os operadores do sistema no nível do hospital e no nível municipal. (R/CRS)

Quando o município de Rio Grande tem uma dificuldade com o prestador, relativo à oferta, faz contato conosco e comunica: “Olha, este mês o HU não vai ter oferta nesse procedimento”. Já comunicamos o município que acessa a nossa regulação. A Santa Casa, da mesma forma. Se há diminuição ou alguma alteração nas ofertas de serviço que estão na regulação do município, eles nos comunicam e discutimos isso no grupo que se reúne mensalmente para regulação com o município. Criamos esse mecanismo de comunicação e acompanhamento, embora não estejam regulando efetivamente o município de Rio Grande em sua plenitude. (R/CRS)

[...] a Santa Casa de Rio Grande faz regulação via terceira coordenadoria para as especialidades de “traumato” e “onco”; as demais são feitas via central de regulação do município de Rio Grande, que já é parceira há bastante tempo do Estado na regulação e se mostrou interessado em fazer esse papel de regulador da oferta do hospital da Santa Casa do Rio Grande. (R/CRS)

No HU, em algumas áreas ainda não temos regulação. Não regulamos pela regional o HU da FURG, mas temos conhecimento que a central de regulação do município de Rio Grande, através do sistema que eles adotaram, que é o mesmo que utilizam para a Santa Casa, regulam algumas ofertas. Regulam algumas agendas do HU e também tem um canal de comunicação deste hospital que se comunica com a Santa Casa e ajustam essa agenda. (R/CRS)

Percebe-se nas falas que a pactuação é mantida entre gestores e prestadores, inclusive com parceria duradoura para efetivação da regulação em âmbito local com comunicação entre gestores, 3ª Coordenadoria Regional de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde; e entre prestadores de serviços, Santa Casa e Hospital Universitário.

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7), é importante verificar se utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Segundo o participante:

[...] não tivemos nenhum caso relativo a profissional que tenha tentado acessar, mas temos algumas questões que aparecem de vez em quando. Até entendemos que muitas vezes pode ser um esquecimento do trabalhador na regulação do município que não tem aquilo como rotina e esquece algum fluxo, e aí encaminha ou tensiona alguma solicitação por e-mail, que na verdade não é por e-mail a solicitação, é via sistema. Então orientamos que aquela solicitação deve ser inserida no sistema, lembrado a ele que estamos sobre a regulação daquele procedimento. (R/CRS)

Tivemos caso de tensionamento por parte de profissional, mas não para procedimentos ambulatoriais que estão regulados, mas relativos a leitos de UTI. Acho que por equívoco de informação de que há regulação na regional, mas não conhece a regulação ambulatorial de consultas, tensionam para leito de UTI, leitos clínicos, leitos cirúrgicos, em Pelotas, em Rio Grande ou fora da região. (R/CRS)

É possível perceber que, embora regulada, na assistência ambulatorial em especialidades, seja por desconhecimento ou pelo desejo em resolver as demandas em saúde, existem tensionamentos.

Tensionamentos estes ora exercidos por trabalhadores do próprio serviço de regulação que, possivelmente por desconhecer o sistema como um todo, fazem suas solicitações por outra via que não aquela regulada; ora por profissionais de saúde, na tentativa de verem solucionadas suas demandas emergenciais, incluindo aí as internações em UTIs.

[...] se tem alguma dificuldade de acesso no Rio Grande, que seja regulado pela secretaria de município, os municípios tensionam nesse sentido, e nós conseguimos comunicação fácil com a secretaria municipal e vamos conduzindo. (R/CRS)

[...] vim com satisfação. Precisamos ocupar esses espaços e temos que estar junto da academia, precisamos nos aproximar mais. Gostaria de ter outras oportunidades como esta “referindo-se ao debate em que participou” de

estar novamente compartilhando isso e aproximar mais a academia da nossa realidade. (R/CRS)

Verifica-se pela fala do participante a ação intermediadora que a 3ª CRS faz diante das questões em tensionamento, exercendo esse papel justamente por ter acesso facilitado junto às secretarias municipais de saúde. Neste particular, é um elemento importantíssimo na RAS. Sobretudo com a consciência da necessidade da participação de todos os atores envolvidos para o bom andamento do sistema, incluindo a importância da interlocução entre o serviço e o ensino.

Portanto, o resultado da entrevista com este participante, associado a outros obtidos com os profissionais de saúde de Turuçu/RS, serviu para o direcionamento da atenção para os serviços de regulação na RAS como importantes entre as demais relações do sistema.

Diário de Campo Estudo de Caso-Piloto.

Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS)

Para a inclusão do Serviço de Regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde, inicialmente foi feito contato com o setor de regulação daquela coordenadoria em Pelotas/RS, tendo este sido feito diretamente com o profissional do serviço.

O contato foi feito pessoalmente por via telefone e obtivemos a concordância para sua participação no estudo, momento em que aproveitamos a oportunidade e também o convidamos para que viesse a Rio Grande/RS para participar de uma rodada de discussão com as turmas de residentes do Programa de Residência Multiprofissional. Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Residência Integrada Multiprofissional com Ênfase na Saúde Cardio Metabólica do Adulto, ambas desenvolvidas na Escola de Enfermagem da FURG.

Posteriormente foi encaminhado documento oficial da Escola de Enfermagem à Coordenadora da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde, solicitando autorização para participação daquele profissional nesse evento, o que foi prontamente aceito.

O segundo contato ocorreu com a vinda a Rio Grande/RS do funcionário do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde para participar da roda de discussão. O encontro foi proveitoso e foram debatidas as questões de fluxo, de encaminhamento e acesso a consultas especializadas sob a ótica da 3ª CRS.

Após o encontro para a roda de discussão, foi realizada a entrevista, tendo na ocasião sido utilizado o instrumento utilizando como “foco” o Componente Atenção Primária à Saúde

(C2); Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Componente sistema de Governança da Rede (C6); e Componente Modelo de atenção à Saúde (C7), o que mostrou-se adequado à finalidade. Com a colaboração desse participante também foi possível acessar alguns documentos que foram utilizados para o Estudo de Caso, os quais serão apresentados no Subcapítulo Fonte de Evidências 2.

8.1.3 Contribuições do Estudo de Caso-Piloto

Esta Seção apresenta as contribuições do estudo de Caso-Piloto para o Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

O Estudo de Caso-Piloto foi fundamental no processo metodológico para identificação de lacunas ou apontar novos direcionamentos para o caminho metodológico. Entre os quais: A alteração no instrumento de coleta, com a substituição do foco para condução da entrevista, no Componente Sistemas de Apoio (C4) Questão Avaliativa (QA) “III”: “Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?”. Neste item passou a constar a QA “IV”: “Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?”.

Esta alteração ocorreu por ter sido possível perceber, durante a realização do Estudo de Caso-Piloto, dificuldades de integração e dos fluxos de exames de imagem, haja visto a fala da participante que reproduzimos abaixo.

[...] quando os especialistas pedem algum exame de imagem ou laboratorial, os pacientes têm que voltar no meu consultório para eu trocar a requisição, porque tem que ser uma requisição de Turuçú. Eu acho que o SUS é um sistema que deveria ser totalmente integrado para que o paciente não precisasse fazer toda essa volta para conseguir a requisição. Não tem por que o paciente passar comigo de novo, essa questão burocrática.
(MED/ESF2/TU)

Portanto, este quesito foi interpretado em relação aos exames laboratoriais no sentido de identificar dificuldades e facilidades para sua efetivação.

Para esta decisão no plano metodológico do estudo, nos baseamos em, Mendes, (2011, p. 115) ao dizer que:

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletrofisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia).

Trata também de quão relevante é a análise do sistema de patologia clínica no nosso sistema de saúde. “A análise desse sistema no SUS evidencia uma situação quase caótica, em que se misturam ineficiência, baixa qualidade, dificuldades de acesso para as pessoas usuárias, redundâncias e demora na apresentação dos resultados. [...]” (MENDES, 2011, p. 115-6).

Bem como a necessidade de superação dos problemas com uma construção necessariamente com base nos princípios das Redes de Atenção à Saúde.

A superação desses problemas da patologia clínica do SUS exige uma mudança radical na sua concepção e operação. O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado nas RASs, como um componente transversal de todas as redes temáticas. Para isso, esse sistema deve ser construído com base nos princípios das RASs, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e se distribuindo, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com as suas densidades tecnológicas e com a disponibilidade de recursos para operá-lo. (MENDES, 2011, p. 117).

Outra alteração realizada foi a inclusão, como participantes do estudo a serem entrevistados, funcionários dos serviços de regulação das secretarias municipais de saúde. Esta sugestão já havia sido feita pela banca avaliadora do projeto de pesquisa no momento da qualificação e a importância confirmou-se nesta fase durante a execução do Estudo de Caso-Piloto, sobretudo na fala do gestor local reproduzida abaixo.

[...] verifica os exames que estão com problemas, com demora ou que já venceram e comunica para as ACS. Então as ACS têm que vir uma vez por semana aqui no centro administrativo para ver como estão as consultas e os exames das pessoas. (G/TU)

Neste sentido, foi incluído como participante, ainda como Estudo de Caso-Piloto, um funcionário do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde com sede no município de Pelotas/RS. Assim, diante destas considerações, foram incluídos como participantes no Estudo de Casos Múltiplos Integrados, os funcionários que atuam nos serviços de regulação dos municípios estudados.

Durante a realização do Estudo de Caso-Piloto, verificou-se a presença de profissionais do Programa Mais Médicos atuando no município de Turuçu/RS. Decorre daí que, embora esta possibilidade não tenha sido inicialmente prevista no projeto de pesquisa, este achado conduziu à possibilidade de que médicos deste programa poderiam estar presentes nos municípios da Microrregião Litoral Lagunar. O que foi constatado posteriormente com a presença destes profissionais atuando nas UBSF selecionadas para pesquisa no Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS.

Em Rio Grande/RS, embora também exista a presença de profissionais do Programa Mais Médicos, as equipe da ESF indicadas para participarem do estudo não contavam com este profissional.

A possibilidade de encontrar profissionais desse programa nos municípios a serem estudados levou à reformulação quanto aos critérios de inclusão, pois seria impossível a atuação destes profissionais no ano de 2013⁷, conforme previsto inicialmente, passando então o critério temporal de atuação do participante do estudo, para “últimos seis meses”.

Ainda quanto à metodologia e em relação às especialidades que inicialmente acreditávamos ser o ideal utilizar o critério quantitativo numérico de consultas no ambulatório de especialidades do HU/FURG nas especialidades de ginecologia e obstetrícia, pediatria, cardiologia e urologia, o desenvolvimento do Estudo de Caso-Piloto apontou como mais interessante direcionar para as dificuldades de acesso a especialidades, independente de quais sejam, pois as de maior número de atendimentos poderiam significar as que têm maior oferta e, portanto menor dificuldade de acesso. O motivo destas alterações deu-se com a observação das seguintes falas que passamos a reproduzir:

Nós temos alguns pontos com dificuldade de acessos, que são especialidades onde não tem tantos profissionais, e os hospitais não ofertam. (G/TU)

Rio Grande é nossa referência para traumatologia e cardiologia; Piratini é cirurgia e “otorrino”. O que nós percebemos de problema maior é a demanda. Traumatologia e cardiologia são mais tranquilas, porque pedimos com urgência, mas a função de rotina de referência é complicada porque a demanda é muito maior que a oferta. (ENF/ESF1/TU)

[...] mas outras especialidades não. Quando tem que encaminhá-lo para “endócrino”, existe uma dificuldade. (MED/ESF1/TU)

Quando a gente tenta a transferência para hospitais, temos acesso aos hospitais de São Lourenço do Sul, o PS de Pelotas, “traumato” de Rio Grande; esse contato a gente sempre consegue encaminhar os nossos pacientes. (ENF/ESF2/TU)

O Ministério da Saúde nos diz que todo hipertenso e diabético tem que ter uma revisão do nefrologista e do oftalmologista pelo menos uma vez por

⁷ Em julho de 2013, o governo brasileiro, por meio de uma medida provisória, lançou o Programa Mais Médicos (PMM), cuja regulamentação está sob responsabilidade dos Ministérios da Saúde e da Educação. Em 22 de outubro de 2013, foi aprovada pelo Congresso Nacional e, posteriormente, sancionada pela Presidente da República a Lei nº 12.871, que institui o PMM. (BRASIL, 2013b).

ano. No entanto, é impossível conseguir aqui, porque o número de hipertensos e diabéticos é muito grande e a cota de consulta é muito pequena. (MED/ESF2/TU)

Diante do acima exposto, é possível perceber a grande importância da execução de um Estudo Piloto, conforme previsto na metodologia Estudo de Caso, no sentido de assegurar uma maior consistência ao estudo, de aprimorar a coleta de dados e até mesmo para o critério de seleção dos sujeitos informantes. (YIN, 2010). Portanto, a inclusão do funcionário do serviço de regulação da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde como participante do Estudo de Caso-Piloto deu-se em busca desse aprimoramento.

8.2 FONTE DE EVIDÊNCIAS 1

Neste Subcapítulo, são apresentadas as entrevistas com os participantes dos municípios da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul bem como as entrevistas realizadas com os participantes do Hospital Universitário. Este subcapítulo divide-se em cinco Seções:

A primeira Seção apresenta a transcrição das entrevistas realizadas no município do Chuí/RS. Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1.

A segunda Seção apresenta a transcrição das entrevistas realizadas no município de Santa Vitória do Palmar/RS. Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2.

A terceira Seção apresenta a transcrição das entrevistas realizadas município de São José do Norte/RS. Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 3.

A quarta Seção apresenta a transcrição das entrevistas realizadas município do Rio Grande/RS. Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 4.

A quinta Seção A terceira Seção apresenta a transcrição das entrevistas realizadas no Hospital Universitário. Unidade Integrada de Análise 2.

8.2.1 O município do Chuí/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1)

A **Seção 1** apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com o serviço de regulação em saúde, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município do Chuí/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

Caminho Metodológico

Conforme metodologia proposta e já anteriormente descrita, procurou-se considerar como “foco”, durante a condução da entrevista, sete itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde: População (C1); Atenção Primária à Saúde (C2); Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Sistemas de Apoio (C4); Sistemas Logísticos (C5); Sistema de Governança da Rede (C6); e Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passará a ser apresentado o resultado das entrevistas realizadas no município do Chuí/RS durante o Estudo de Caso, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTA

Componente População (C1)

No componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nesta direção, está sendo implantada a ESF no município; no entanto, estão sendo identificadas algumas dificuldades no processo de territorialização da população adscrita para fins de cadastramento e conseqüentemente identificação de suas necessidades de saúde e até mesmo de formação e manutenção das equipes da ESF. Estas dificuldades são atribuídas, em parte, ao fato de o município ser zona de fronteira com o Uruguai. No entanto, esta dificuldade surge igualmente quanto à delimitação territorial entre o município do Chuí/RS e o município de Santa Vitória do Palmar/RS.

Estamos implantando a estratégia. [...] nós temos uma diferença, no lado brasileiro moram muitos uruguaios e eles são atendidos pelo lado uruaio. Tem dois bairros do lado brasileiro que vivem muitos uruguaios e eles dizem que não querem ser atendidos aqui. [...] nós temos muitos brasileiros morando do outro lado que são atendidos aqui [...] não estão cadastrados na ESF, moram em outro país, o endereço é de lá. (G/CH)

Se as duas unidades da ESF estivessem funcionando, cobriria o município todo. Tínhamos dois médicos na ESF, um foi embora para fazer especialização. Recentemente que veio uma médica. Estamos com dificuldade, porque não tem enfermeiro. (ENF/UBS/CH)

Está faltando uma enfermeira. Tínhamos, mas foi embora. Só temos uma técnica de enfermagem e não chamaram outra. [...] não tem ACS para todas as microáreas. Aqui a ESF está em formação. (MED/ESF/CH)

O Bairro São Miguel, é divisa com Santa Vitória; no outro lado da rua é Santa Vitória. São pessoas que moram e são cadastradas lá. Mas o serviço fica a seis quilômetros; não tem como não atender. (CS/CH)

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde. A interação entre as equipes da APS e a atenção especializada bem como a articulação dessas equipes com a comunidade igualmente são importantes neste componente. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A capacidade dos ACS para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade, e a existência de conselho local de saúde também qualificam a RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nesta direção, o presidente do CMS manifesta estar depositando expectativa quanto à melhora do fluxo de atendimento partindo da ESF. No entanto, o médico da ESF destaca a dificuldade na organização do acesso, atribuindo-a, entre outras, ao fator cultural de uma vinculação já existente com a unidade de saúde antes da implantação da ESF. Menciona, também, que a tentativa de articulação com a comunidade está sendo feita por meio dos meios de comunicação, inserção em grupos comunitários existentes e com a participação dos ACS nas visitas domiciliares. Visitas estas que estão sendo feitas de forma deficitária devido à falta de ACS para cobrir todas as microáreas.

[...] está sendo implantado a ESF. As expectativas do conselho é que em determinado momento diminua o número de pessoas com necessidade de ir ao posto de saúde. [...] agora estão se acostumando; antes vinham aqui no PS igual. (CS/CH)

A família não inscrita é outra situação. “Porque a mãe de um se atendeu aqui [...], e ela não, pode porque não é da área, então eles acham errado”. Mas acho que aos poucos isso vai se normalizando. Tem que falar no rádio, explicar os horários, depois eles veem que é o futuro, ter as consultas marcadas é bom. Isso é cultura local. Não é culpa deles. Nós é que temos que fazer com que se acostumem com as relações com a equipe. Falamos com as ACS para irem nas casas e explicar isso tudo. (MED/ESF/CH)

Outro dia eu fui lá no [...] porque fiquei sabendo que estava tendo aulas de dança e zumba para mulheres acima de cinquenta anos, e indo bastante gente. Gostaria de falar sobre hipertensão, diabetes, prevenção de quedas, e assim indo meio se metendo na comunidade. (MED/ESF/CH)

[...] nas microáreas que têm ACS, se falta alguém na consulta, elas vão atrás; as outras áreas que ainda não têm agente fica mais difícil. (MED/ESF/CH)

O secretário de saúde e o serviço de regulação reconhecem as dificuldades de articulação com a comunidade bem como a necessidade de identificar outras formas de abordagem, sobretudo destacando os aspectos culturais da localidade.

A gente tenta fazer trabalhos sociais nas escolas e com as famílias; não está funcionando, tem alguma coisa que está faltando. (G/CH)

Querem consultas com especialistas que demora meses e não entendem que não depende apenas de nós. A cobrança é imensa e vão no ministério público, nos vereadores, no prefeito, nos meios de comunicação do município. Termina atrapalhando. Temos atendimento do convênio privado [...] com vários médicos atendendo, mas mesmo assim acontece. (G/CH)

É cultura, porque o pessoal aqui não procura se informar. Eles têm a cultura de que é obrigação da secretaria dar o medicamento, a consulta e levar eles na consulta. (R/CH)

Acho que a culpa disso tudo é essa mistura de culturas que nós temos aqui. Temos uma mistura muito grande de brasileiros, uruguaios, argentinos, palestinos. Existe uma influência cultural de cada um aqui no Chuí. (G/CH)

Foi possível identificar, com relação ao Componente Atenção Primária à Saúde, facilidades e fragilidades na interação entre as equipes de APS e de atenção especializada.

Para o médico da ESF, a interação não ocorre diretamente com a atenção especializada, mas em forma de orientações recebidas em um curso de especialização que está frequentando.

Estou fazendo um curso da Universidade Federal de Pelotas, na Saúde da Família. Lá eu vou falando, eles vão meio que orientando sobre o que fazer. (MED/ESF/CH)

A facilidade mencionada foi o convênio entre o sistema público e o privado de saúde que oferece consultas especializadas aos usuários do SUS residentes no município. No entanto, embora facilite o acesso também é uma fragilidade quanto à necessidade de identificar o quantitativo de consultas ofertadas em algumas especialidades bem como seu

custo e horário em que se encontra disponível para atendimento. Soma-se a isso, o fato de que, mesmo com convênio entre o público e o privado para prestação de saúde, embora não frequente exista caso de judicialização.

Com relação a especialistas, a gente não tem muitas dificuldades. Não temos médicos do município. O serviço é terceirizado [...]. Por isso que temos essa facilidade de mandar nosso paciente para esses especialistas como “gastro”, “otorrino” e “oftalmo”. Encaminhamos e eles são atendidos em Santa Vitoria [...]. (ENF/UBS/CH)

Em algumas especialidades às vezes inverte, tem oferta, mas não há pacientes do Chuí que necessitam daquele especialista. Aí eu acho que deve ser revisto o convênio que tem o Chuí [...]. (MED/ESF/CH)

Temos um bom número de profissionais médicos e dentista do convênio que vêm durante o dia. À noite aqui não temos hospital na cidade; então fica aqui no posto de saúde uma técnica de enfermagem, às vezes uma enfermeira, não é sempre. (ENF/UBS/CH)

[...] se as duas unidades da ESF tivessem funcionando, não precisaria esse contrato [...] que é bem caro para município. Se realmente tivesse funcionando, cobriria o município todo. (ENF/UBS/CH)

[...] temos um diferencial, porque temos atendimento do convênio [...], temos 14 médicos ou mais, atendendo. Isso tem um custo alto para o município. Muitas vezes esse custo poderia ser utilizando para a assistência social. (CS/CH)

Não é muito frequente, mas já teve casos de paciente que precisaram entrar na justiça. Um paciente que está em Rio Grande para revisão. Ele precisou entrar na justiça para conseguir ser encaminhado. (ENF/UBS/CH)

A questão do atendimento à população de uruguaios que acessam o atendimento de especialidades e urgências médicas, conforme relato da enfermeira da UBS, do médico da ESF e do presidente do CMS, respectivamente, também se trata de um aspecto que pode ser considerado como uma fragilidade local. Esta fragilidade se apresenta quanto à dificuldade de dimensionamento da demanda, pois o fluxo ocorre em ambas as direções, do Uruguai para o Brasil e vice-versa.

[...] porque é fronteira, tem uma dificuldade grande. Atendemos muito uruguaio; atendimento odontológico e de fisioterapeuta é direto. No Uruguai, mesmo sendo uruguaio, para ser atendido tem que ter um carnê da saúde. Se não tem, não é atendido. Então cai aqui. Eles dizem que aqui é

mais rápido [...] às vezes falta para os brasileiros, principalmente exames. (ENF/UBS/CH)

[...] mesma coisa com os Uruguaios. Têm uma ocorrência, a gente atende; tem que ir para o posto de saúde; a ambulância leva para a Santa Casa. Depois nós vamos ver se é Uruguaio ou se é do Chuí. Mas, a gente dá o primeiro atendimento. O Chuí é atípico nesse sentido. (CS/CH)

[...] lá tem maior estrutura, tem dois hospitais. Mesmo os brasileiros acessam lá, porque estamos na fronteira. Daí tem cidadania brasileira e uruguaia, a mesma coisa: exames, ecografia, tomografia, muitas vezes sai mais rápido lá do lado uruguaio do que aqui. (MED/ESF/CH)

A referência para o nível hospitalar é o hospital de Santa Vitória do Palmar/RS. Após o usuário ser atendido pelo convênio privado ou pela ESF, quando necessário, este é encaminhado para o hospital de Santa Vitória do Palmar/RS e deste para outro de referência.

Nosso maior problema aqui é que não temos um atendimento de pronto-socorro vinte e quatro horas. Até às dez da noite, nós temos um médico do convênio; depois só às sete da manhã. Então o hospital de referência é o de Santa Vitória que fica a vinte e cinco quilômetros. Aqui fica um grupo de enfermagem, tem uma ambulância que desloca [...]. Outro tipo de atendimento que temos como referência é o hospital de Rio Grande. (CS/CH)

A nossa referência hoje é a Santa Casa de Santa Vitória. Todos os pacientes levamos e lá é feito uma segunda avaliação. (G/CH)

Mandamos sempre primeiro para Santa Vitória. Se for um acidente, um trauma maior, sempre vai para Santa Vitoria e aí, Santa Vitória sim encaminha. (ENF/UBS/CH)

Alguns atendimentos vão para Pelotas, outros para Jaguarão. É uma distância. Então, nosso hospital de referência é Santa Vitória do Palmar. (CS/CH)

Ao nível ambulatorial há relatos de dificuldades quanto ao referenciamento e acesso principalmente a determinadas especialidades, bem como a distância em termos de deslocamento desde o Chuí/RS até o destino. Como destaques positivos surgem a possibilidade de acesso via e-mail para agendamento no HU e a tentativa de adaptação às necessidades da população rural quanto ao acesso ao serviço contemplando a equidade.

Tem especialidade que demora. A gente trabalha com o centro de referência que é Porto Alegre. Bagé é de muita demora. (R/CH)

Em “Traumato”, Rio Grande é referência. Hoje encaminhamos dois pacientes para lá, para revisão e temos um pouco de dificuldade. [...] agora mesmo que está toda essa crise nos hospitais, a maioria está bem difícil e bem complicada. Às vezes temos que mandar o paciente para Bagé, Santa Maria, porque aqui na região a gente não consegue. (ENF/UBS/CH)

O HU tem um e-mail só de agendamento que eu posso enviar para aquele e-mail. Não pode ser enviado para os profissionais ou chefia; só por e-mail do agendamento do HU. (R/CH)

Endócrino para conseguir em Porto Alegre é demorado. Banco de olhos também, seis meses, um ano. Tem gente aguardando na fila há dois anos. Então tem que ser um caso extremamente grave, e mesmo assim às vezes não é fácil conseguir. (R/CH)

Dependendo do especialista, em 7 dias já consegue, “otorrino”, oftalmologista entre outros. Tem outros que tu esquece porque não tem. Neurologista aqui demora; a “gastro” está com uma fila grande. (MED/ESF/CH)

[...] tem alguns que dão mais fichas do que a demanda e outros que dão menos. O psiquiatra, acho que eles dão 5 ao ano. Daí junta com os de Santa Vitória e da região, da zona rural, demora mais de um ano. (MED/ESF/CH)

[...] se alguém precisa se deslocar do interior, de carroça, não precisa chegar aqui e entrar na fila. Vem e é atendido. Já tem prioridades por conta das dificuldades, dos buracos e do deslocamento. Chega aqui não precisa ficar esperando, cuidando da carroça. Quando dá e se ele tiver como, liga e vai viatura buscar no interior. (CS/CH)

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde, faz-se necessária a existência de um Conselho Local de Saúde, eficaz no controle social da APS (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Neste quesito há um desencontro de opiniões quanto à atuação do CMS. Segundo a fala do gestor e da profissional de saúde, o CMS não tem uma atuação conforme suas expectativas.

O conselho municipal de saúde não está "tendo" uma participação muito grande. Seria bom se participassem e agissem mais. (G/CH)

Na verdade é bem tecnicamente, não tem uma participação muito grande. (R/CH)

Temos muita dificuldade em questão de política. É um município pequeno. Vejo essa gestão com mais dificuldade. Acho que o povo não está bem atendido e que o CMS deveria participar mais. (ENF/UBS/CH)

No entanto, o presidente do CMS acredita estar realizando um bom trabalho, inclusive com a realização de curso de qualificação. Demonstra também preocupação quanto aos custos da assistência “atípica”, conforme sua própria definição.

Temos reuniões ordinárias e extraordinárias do conselho. Seguidamente nos reunimos com o gestor para discutir assuntos que venham a melhorar a qualidade do atendimento da nossa população. (CS/CH)

A verba que vem do governo do Estado, para o atendimento da Santa Casa, internações, esse dinheiro já fica lá. Ele nem vem para o Chuí, O Chuí está gastando e não está tendo um retorno. (CS/CH)

A Barra do Chuí, aqui pertinho, pertence a Santa Vitória. Algumas casas ficam dentro do Chuí, outras não. Então nós temos que deslocar de lá, um acidente, qualquer tipo de ocorrência, levamos para o Chuí. Nos ligam da prefeitura de Santa Vitória, teve um acidente ali. Aí o Chuí leva para Santa Vitória, mas o custo desse atendimento é para o Chuí. A conta vem para o Chuí, o hospital de SVP cobra do Chuí. (CS/CH)

Eu fiz muitos cursos, porque para ser conselheiro, a gente precisa se qualificar para podermos discutir e melhorar a saúde do município. (CS/CH)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através de reforço da APS bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Tanto a substituição da atenção ambulatorial especializada quanto a contrarreferência não foram mencionadas pelos entrevistados. O processo de substituição está comprometido justamente pela ainda não organização das equipes da ESF, inclusive com equipe incompleta.

A contrarreferência foi mencionada de forma incipiente, porém mais relacionada ao retorno espontâneo do usuário à consulta do que propriamente pelo profissional especialista.

Vários pacientes voltam espontaneamente só para controlar, mas atendemos mais a demanda no momento da crise. (MED/ESF/CH)

Depois que veio uma vez, depois que fez os exames, melhora da diabetes, e da pressão, eles não voltam, mesmo que você marque o dia e dê o papelzinho. Se não tiver sintomatologia, não voltam. (MED/ESF/CH)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS e um mecanismo de distribuição racional dos insumos farmacêuticos. Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à programação feita a partir das necessidades da população, novamente surge a fragilidade da não estruturação da ESF bem como a não territorialização da RAS. Isso compromete a distribuição racional, mesmo possuindo farmácia básica, gerando demanda. Demanda esta apontada também como um possível fator cultural.

Esta fragilidade, tanto na territorialização quanto na programação feita a partir das necessidades da população, propicia inclusive processos de judicialização.

No caso de remédios, às vezes, pode até sair do orçamento que tem a saúde, mas para poder dar esse atendimento às pessoas, vai lá e compra na farmácia. Tem remédios que não são da farmácia básica. (CS/CH)

[...] compro um “x” de remédio, mas sempre vai chegar o dia que o médico deu outro remédio que não está na lista que comprei. (G/CH)

A população é carente e também é cultural. Tem a cultura que é obrigação da secretaria dar o medicamento [...]. (R/CH)

Tem muita judicialização, tanto consulta especializada como medicamento, é muita demanda [...]. (G/CH)

No que tange à verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras parece também haver dificuldades quanto a desencontros, gerando tal como a questão da assistência farmacêutica caso de judicializações. Associa-se a isso a questão da zona de fronteira em que os usuários utilizam dois sistemas de saúde que ainda não estão integrados.

Muitas vezes não vão na justiça, mas em um vereador, ou a prefeito. Se um exame que não sai, fala com o vereador, o vereador fala com tal, e daí sai o exame. Não é só na justiça. (MED/ESF/CH)

Tem muita judicialização para consulta especializada e medicamento; é muita demanda e aumenta a despesa de um município. Hoje está pior. Os repasses do governo estadual não estão sendo feitos. Houve uma demanda maior dos processos judiciais. Demora e o pessoal vai na justiça. (G/CH)

Ação judicial eu não vejo muito, mas tem gente que espera mamografia mais de um ano. Aí tem gente que vai lá no lado uruguaio, tem gente que paga particular. (MED/ESF/CH)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos, é importante verificar a existência de uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário; se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real; e se o sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS) são parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular, o município está ainda na fase de implantação dessas equipes e não possui uma base de dados única com toda a população nem com subpopulação de risco e os prontuários são individualizados e não por famílias conforme preconizado pela ESF.

Já a utilização de documentos aceitos nos dois países, tal como ocorre no município do Chuí/RS, pode ser considerada uma facilidade quando da existência de sistemas integrados ou uma fragilidade quando não.

Estou aqui a mais ou menos um ano. A ESF não está 100%, mas funciona. Temos o cadastro da família, do paciente, com o prontuário, mas não dividido por família [...]. (MED/ESF/CH)

Eles usam o registro de fronteira e aí usa dos dois lados. Para nós, médicos, facilita. Para o sistema de saúde brasileiro, acho que nem tanto. (MED/ESF/CH)

Mesmo os brasileiros acessam lá, porque estamos na fronteira. Daí tem cidadania brasileira e uruguaia. E exames, ecografia, tomografia, às vezes sai mais rápido no uruguaio do que aqui. (MED/ESF/CH)

[...] CPF e cartão SUS eles conseguem bem fácil. Não tem nada que divida a fronteira, é essa avenida. [...] tem um parente aqui, dá o endereço do parente e consegue o cartão SUS. Atendemos muito uruguaio em questão de imunização. A vacina da gripe, lá às vezes começa mais tarde e a acessibilidade ao posto eles acham bom e vêm. (ENF/UBS/CH)

Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, é possível perceber que, embora todo o esforço da gestão, o município enfrenta dificuldades pela distância até os seus centros de referência bem como com a manutenção da frota. Associam-se a isso os perigos da estrada no percurso de deslocamento. Na tentativa de otimizar custos e proporcionar uma melhor assistência aos usuários, adota procedimentos neste sentido.

O deslocamento é do município. É difícil, inviável, às vezes pela distância: Pelotas, Piratini, Bagé, Jaguarão e Porto Alegre. Rio Grande é perto; são 500 quilômetros entre ida e volta. Isso é um gasto tanto de recursos humanos, como material. E estamos a 4 horas de distância. (G/CH)

Temos ambulâncias, mas às vezes só tem uma, porque uma está em Santa Vitória que foi levar o paciente e a outra está indo buscar outro para curativo; daí não tem nenhuma. Se aparece uma urgência tem que chamar a de Santa Vitoria que está a 25 minutos. (MED/ESF/CH)

[...] quando vai para Santa Vitória, às vezes vai numa ambulância comum e oferecemos um profissional que acompanhe. Mas geralmente quem faz essa solicitação para encaminhar para Rio Grande ou Pelotas é o hospital de Santa Vitória. (ENF/UBS/CH)

O SAMU viaja, quando é uma coisa maior, que precisa ir entubado ou precisa de um acompanhamento maior. Vai com o médico e enfermeiro, e o Chuí repassa esse pagamento para Santa Vitória. (ENF/UBS/CH)

Hoje tivemos três viagens. Um paciente de hemodiálise, um com prótese para Bagé e duas crianças para Jaguarão. Foi difícil porque duas crianças requerem acompanhantes. O paciente que usa prótese não pode ir apertado no carro. Não pode ir com o paciente de Rio Grande que é hemodiálise. Foram 3 veículos, um saiu às 3h da manhã. (R/CH)

Normalmente se leva dois, três pacientes. Uma consulta é às oito, a outra é às onze e a outra consulta é às quatro da tarde. Vão e voltam todos juntos, passam o dia todo. Nós procuramos levar apenas um paciente quando é da hemodiálise, que é uma coisa muito complicada; o paciente já vai ruim, volta ruim. (G/CH)

Os problemas com animais na pista é um gasto enorme para o município, porque seguidamente estão batendo em algum animal na estrada. Outra coisa ruim foi a greve dos caminhoneiros; aquela vez barrou tudo. (G/CH)

Agora é a chuva. Tivemos que levar paciente para Porto Alegre e chegou um ponto que não tinha como cruzar. (R/CH)

No caso das nossas referências, talvez nem todo mundo olhe. Porque é muito fácil chegar aqui e dizer “quero”; mas ninguém pensa que somos às vezes dependente de outros municípios, de uma ida e de uma vinda; e ir para outros municípios é uma dificuldade muito grande. (R/CH)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede, é importante verificar se este componente “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos” (OPAS, 2010; MENDES, 2011). A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede. Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS e se esta avaliação contempla a realizada pelas pessoas usuárias.

A governança da rede é descrita pelo gestor e por profissionais da saúde que destacam algumas facilidades e dificuldades desse processo. Entre as dificuldades apresentadas encontra-se a o convênio com empresa prestadora de serviços de saúde quanto ao controle da efetividade dos profissionais. Embora o número de especialidades à disposição da comunidade seja motivo de destaque na fala do representante do CMS, a efetiva prestação do serviço é questionada pela profissional de saúde.

Querem consultas com especialistas que demora às vezes meses; e eles não entendem que não depende apenas de nós. [...]. Temos atendimento do convênio privado [...] com vários médicos atendendo, mas mesmo assim acontece. (G/CH)

Temos um atendimento, não digo em demasia, mas o município do Chuí tem em torno de 14 médicos atendendo, numa população de seis mil habitantes. Temos bastante médico. (CS/CH)

Por não ter médicos concursados, tem um pouco de dificuldade. Não temos como cobrar o horário de atendimento. (ENF/UBS/CH)

Ainda como dificuldade, na visão do controle social, apresenta-se a questão da relação do repasse de recursos e a contrapartida no caso de assistência hospitalar e da questão da zona de fronteira.

A verba que vem do governo do Estado, para o atendimento da Santa Casa nas internações, esse dinheiro já fica lá. Ele nem vem para o Chuí. O Chuí está gastando e não está tendo um retorno. (CS/CH)

[...] com os Uruguaios, tem uma ocorrência a gente atende. A ambulância leva para a Santa Casa, depois nós vamos ver se é Uruguaio, se é do Chuí. Mas damos o primeiro atendimento que tem um custo. (CS/CH)

Os pacientes psiquiátricos, pacientes de álcool e drogas, eles são encaminhados para Santa Vitória e em contrapartida oferecemos um funcionário para Casa Nova Vida ou alguma coisa assim para ter esse atendimento que não temos no município. (ENF/UBS/CH)

O Chuí é um município pequeno, então tem condições de fazer uma boa saúde. Sabemos que a verba vem encaminhada de acordo, só que temos muita dificuldade com o lado político, dificuldade da fronteira, dificuldade que os hospitais estão enfrentando. (ENF/UBS/CH)

Quanto ao monitoramento e avaliação da RAS, estas ainda estão no aguardo da efetiva implantação da ESF e as ações de saúde realizam-se por demanda. Ao mesmo tempo em que o Chuí/RS é um município pequeno no sentido populacional, é também uma preocupação para o gestor quanto à demanda que aumenta e para o profissional de saúde que tem que atuar na prevenção.

Às vezes as pessoas não têm conhecimento: “Ah! lá o Chuí, o Chuí não é nada, é uma vila”. Mas é uma vila que tem gente, tem pessoas lá. Eu nem ponho a culpa no sistema, na informatização, mas na demanda que começou a aumentar e não estamos conseguindo acompanhar. (G/CH)

Aqui nunca existiu prevenção. Estamos tentando fazer isso. (MED/ESF/CH)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde; se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede; se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, é possível perceber pelos relatos já descritos em relação às dificuldades em compor as equipes da ESF. A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece causar uma inconformidade com o sistema, impulsionando os profissionais e a própria gestão a tensioná-lo. Essa tensão se processa, por vezes, organizando-se extraoficialmente em redes sociais e, outras vezes, orientando os usuários a utilizarem a alternativa da via judicial para terem seus pleitos atendidos, ou ainda utilizando de sistema paralelo com o Uruguai, ainda que não oficialmente.

Somos 23 municípios, 23 secretários e mantemos contatos uns com outros. Criamos, via internet, um canal e quase que diariamente nos comunicamos e nos ajudamos. Chuí, Pelotas, Rio Grande, Santa Vitória. Criamos uma rede social. Às vezes um expressa o problema e o colega de outro município que já passou por aquele problema dá a solução. Ou às vezes precisamos de alguma coisa simples, um leito, “manda que tenho um leito aqui”. Todos lutam pela nossa microrregião. (G/CH)

“Endócrino”, para conseguir em Porto Alegre, é demorado. Banco de olhos também, seis meses, um ano. Tem gente aguardando na fila há dois anos. Então tem que ser um caso extremamente grave, e mesmo assim às vezes não é fácil conseguir. A gente mesmo aconselha as pessoas: “olha, nós não temos mais por onde fazer; ou a senhora entra via judicial ou não tem. (R/CH)

É uma configuração que só o Chuí tem. No lado uruguaio é melhor que o lado brasileiro. Por falta de recursos, por facilidade de acesso, é mais fácil mandar para o lado do Uruguai. (MED/ESF/CH)

Questões Avaliativas, escores e interpretação da RAS conforme metodologia

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS com olhar a partir do município do Chuí/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total desse município.

O município do Chuí/RS, Caso 1, obteve escore igual a 17. Esta pontuação sugere ser a RAS desse município um sistema fragmentado com incapacidade para operação.

Os escores obtidos em cada item avaliado encontram-se apresentados no Quadro 06

Quadro 06 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município do Chuí/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/ escore
Componente (C)	Questão Avaliativa	Chuí/RS
C 1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	0
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	1
C 2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	0
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	0
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	1
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	2
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1
C 3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	1
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0
C 4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	1
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos	1

	farmacêuticos?	
	III) ⁸ Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	N/A
	IV) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	0
C 5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	1
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	1
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	1
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	2
C 6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	1
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	0
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1
C 7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	1
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	1
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	0
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	0
Total		17

Diário de Campo Estudo de Caso.

Município do Chuí/RS

No período das tratativas para a visita ao município do Chuí/RS, o primeiro contato foi realizado com o secretário municipal da saúde via telefone e logo após foi encaminhada

⁸ A Questão Avaliativa (QA) “III” do Componente Sistemas de Apoio (C4) foi utilizada apenas no Estudo de Caso-Piloto no município de Turucu/RS. Esta QA do Componente Sistemas de Apoio foi substituída pela QA “IV”. Os motivos encontram-se apresentados na Seção 8.1.3 “Contribuições do Estudo de Caso-Piloto”.

via correios uma carta de apresentação do pesquisador bem como informações sobre os objetivos da pesquisa.

Após as tratativas com o secretário municipal da saúde, ocorreu a viagem ao município do Chuí/RS, em 22 de julho de 2015, com saída de Rio Grande/RS às 8h e chegada ao Chuí/RS às 11:45h, sendo o transporte realizado por veículo próprio do pesquisador. Durante o trajeto foi possível identificar trechos da estrada com neblina e presença de animais silvestres mortos na pista, possivelmente por atropelamento.

Estes fenômenos dão uma descrição do risco de acidentes com os quais os motoristas devem atentar ao trafegar por esta via, sobretudo as ambulâncias e demais veículos que se deslocam durante a madrugada com destino a Rio Grande/RS e outros municípios, conduzindo pacientes para consultas e internações.

Na chegada ao município, fui recebido pelo secretário municipal da saúde e pela funcionária que atua no serviço de regulação daquela secretaria, com os quais foram realizadas as duas primeiras entrevistas. Ainda no período da manhã, foram realizadas as entrevistas com um médico da ESF, uma enfermeira que atua na unidade básica de saúde e, por último, com o presidente do conselho municipal de saúde, totalizando cinco entrevistas.

Esta atividade serviu para descrever alguns aspectos do grau de integração da Rede de Atenção à Saúde, conforme o olhar do gestor, do serviço de regulação, do profissional que atua na ESF, da profissional que atua na unidade básica de saúde e do controle social no município do Chuí/RS.

No transcurso da entrevista, foi revelado pela enfermeira da Unidade Básica de Saúde que sua formação profissional foi realizada na Universidade Federal do Rio Grande.

8.2.2 O município de Santa Vitória do Palmar/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2)

A **Seção 2** apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação de ESF, com profissionais de saúde e com o presidente do Conselho Municipal de Saúde de Santa Vitória do Palmar/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

Caminho Metodológico

Conforme metodologia proposta e já anteriormente descrita, procurou-se considerar como “foco”, durante a condução da entrevista, sete itens quanto aos elementos ou

componentes da rede de atenção à saúde: População (C1); Atenção Primária à Saúde (C2); Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Sistemas de Apoio (C4); Sistemas Logísticos (C5); Sistema de Governança da Rede (C6); e Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passará a ser apresentado o resultado das entrevistas realizadas no município de Santa Vitória do Palmar/RS durante o Estudo de Caso, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTAS

Componente População (C1)

No componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nesta direção, segundo as profissionais de saúde e a representante do controle social, o município até pouco tempo atrás contava com poucas unidades da ESF e atualmente (período da realização da pesquisa) está havendo um aumento do número de unidades. Diante desta nova realidade, as equipes estão vendo a necessidade de compilar dados para identificação das necessidades da população. Nesse sentido, estão sendo estabelecidas algumas prioridades, entre as quais o acompanhamento da gestação de risco.

Ainda, com relação a essa nova configuração para a assistência à saúde, o gestor reconhece que o Programa Mais Médicos proporcionou a ampliação quanto ao número de unidades da ESF e que, ao garantir o acesso da população ao serviço, houve o aumento da demanda tanto para exames quanto para especialidades médicas; no entanto, avalia como positiva esta nova realidade.

[...] “Donatos” é um bairro, um posto; hoje é uma ESF. Antes era um posto normal, uma unidade básica. (CS/SVP)

A gente está enfrentando uma grande mudança em todo município na ESF. Tínhamos, até pouco tempo atrás, três unidades de ESF e agora a grande maioria do município é estratégia, então é uma coisa nova [...]. (ENF/ESF/SVP)

[...] algumas unidades se tornaram ESF há apenas um ano; então não tinha essa visão da estratégia. [...] como teve mudança na gestão, então agora

queremos reunir esses dados para mostrar o que realmente está fazendo efeito. (C/ESF/SVP)

[...] com trabalho, conseguimos 30% que estavam em alto risco e começamos a intervenção em três meses. [...] o mais importante era pegar essas grávidas no primeiro semestre. Para isso tivemos auxílio nos grupos, divulgando a importância do pré-natal através dos ACS. (MED/ESF/SVP)

Fomos contemplados com o Programa Mais Médicos. Então conseguimos ampliar a cobertura de saúde da família no município. Em contrapartida, aumentaram as demandas com exames e com encaminhamentos para especialistas [...] mas isso está rendendo bons frutos. (G/SVP)

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a capacidade dos ACS para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade, e a existência de conselho local de saúde qualificam a RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente, a interação entre as equipes da APS e a atenção especializada bem como a articulação dessas equipes com a comunidade são importantes neste componente. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto ao primeiro requisito, foi possível identificar, na fala da profissional de saúde, conforme demonstrado no componente anterior, a participação dos ACS quanto à divulgação da importância do pré-natal. Embora de forma isolada, a presença do ACS é evidenciada neste particular.

Quanto ao conselho local de saúde, este é visto como um órgão fiscalizador das ações da gestão, não sendo atuante nas questões de discussão das necessidades de saúde da população. Tampouco é identificada participação e mobilização popular em suas ações. No entanto, este fato percebido é lamentado por todos os participantes, inclusive reconhecido pela própria representante do controle social, sendo em parte tal deficiência por ela atribuída ao despreparo dos conselheiros no sentido de qualificação e instrumentalização.

O nosso conselho é bem atuante, bem participativo, mas é um órgão fiscalizador. Fiscalizam as ações da secretaria, aplicações de recursos; aprova, enfim, mas no acesso especificamente não interferem. (G/SVP)

O nosso conselho atua mais como fiscalizador mesmo. Não atua muito na parte de resolver as questões. (C/ESF/SVP)

[...] eu não achei o conselho de saúde. Na verdade existe um conselho de saúde, que tem um presidente, uma vice, mas a população nesse conselho de saúde popular eu não encontrei. A população desconhece a função no conselho de saúde. Por que só existe um conselho de saúde que funciona na fiscalização. (MED/ESF/SVP)

Lamento de ver a falta de controle social. Não tem um conselho de saúde que o avalie. Cumpre uma burocracia e não especialmente o controle social. Não tem um foco de organização social; não tem conselho local de saúde em nenhum bairro; e não há interesse e mobilização dos profissionais e da comunidade para melhorar o conselho. (ENF/ESF/SVP)

Fico triste de ver que os conselhos dançam conforme a música. É assim que eu vejo a maioria dos conselhos. Não por causa de questão política. Isso também, mas pela falta de conhecimento. Depois que eu peguei a presidência é que fui ver realmente o que é o conselho, todas as leis que regulamentam o conselho. É muita lei para pouco conhecimento. Os conselhos estão despreparados e não têm capacitação nenhuma. (CS/SVP)

Com referência ao segundo requisito, os profissionais de saúde relatam as dificuldades em acessar a média complexidade, atribuindo isso ao fato de ser maior a procura do que a oferta, o que resulta em alguns casos a procura dos usuários pelo sistema privado de saúde para o atendimento neste nível. No entanto, ressaltam que o mesmo não ocorre com a alta complexidade, pois o acesso é mais fácil. Soma-se a isso o relato da representante do controle social que refere estar sendo reduzido o número de atendimento na média complexidade.

Não obstante, entre os profissionais de saúde há ainda o relato de que mesmo no fluxo local existem dificuldades. Essas dificuldades se manifestam tanto no fluxo interno da secretaria de saúde quanto nos encaminhamentos ao nível hospitalar do próprio município.

Para a gestora, a dificuldade em acessar a média complexidade também é atribuída à maior demanda do que oferta. No entanto, reconhece alguma facilidade na pactuação com o município do Rio Grande/RS, destacando algumas especialidades.

As dificuldades são na média complexidade. Quando os pacientes chegam à alta, é mais fácil o acesso. [...] muitos acabam usando o particular para conseguir acesso à média complexidade. (ENF/ESF/SVP)

São muitos pacientes. A dificuldade encontrada é na marcação e na demora. Depende da especialidade que necessita. (C/ESF/SVP)

[...] Rio Grande em alguns setores; e Pelotas, Jaguarão e Bagé são os nossos centros de referência. A maior queixa é que o número de atendimento reduziu-se ao máximo. (CS/SVP)

As dificuldades que o usuário enfrenta é que eu encaminho para um especialista aqui no município, sai do consultório, vai para a mesa da frente, a recepcionista fica com o pedido até uma semana, vem para secretaria; na secretaria entra em uma fila e pode passar 15, 30, 40 dias até voltar de uma lista do dia 20 do próximo mês. Então, entre eu pedir uma consulta e o paciente consultar e voltar para mim, já passou de dois a três meses. (MED/ESF/SVP)

[...] não tenho a possibilidade de internar, tenho que mandar para o plantonista. Mas se eu mando esse paciente com suspeita de pneumonia e o plantonista considera que não, ele vai voltar para cá. Então essa é a quebra de fluxo que ele está sofrendo. (MED/ESF/SVP)

[...] na prática é que sempre temos muito mais demanda do que oferta. Então acaba que temos muita dificuldade de acessar várias especialidades. Por outro lado, com nossa referência em Rio Grande, contemplamos quase tudo que está pactuado. Temos bons exemplos, da traumatologia, da cardiologia e oncologia, entre outros. [...]. (G/SVP)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através de reforço da APS bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

O processo de substituição está em fase de ajustes pela ainda não organização das novas equipes da ESF. Ainda assim é possível perceber iniciativas neste sentido, inclusive com trabalho em equipe multiprofissional.

[...] em algumas unidades não havia grupos. Fizemos uma participação mais ativa e eles começaram a formar os grupos até porque algumas unidades se tornaram ESF há apenas um ano. [...] noto significativa a formação de grupos, principalmente de diabetes e hipertensos. (C/ESF/SVP)

Houve uma boa resposta com os grupos. Temos uma equipe que trabalha conosco. Temos grupo de idosos, de diabéticos, de jovens, de gestantes, de mulheres. Temos também a participação e colaboração uma psicóloga, nutricionista que trabalham conosco. (MED/ESF/SVP)

Recentemente estão sendo formados grupos e ainda não tem um grande impacto. É um número pequeno de pessoas que conseguimos atingir perto

de toda população Os que participam do grupo levam o conhecimento para casa e isso é positivo para reduzir complicações. (ENF/ESF/SVP)

A contrarreferência foi mencionada sob diversas perspectivas. Desde a manifestação da falta de entrosamento entre os demais profissionais da rede local, passando pelo reconhecimento da assistência prestada pelo município ao qual os usuários são referenciados, o que, nesse caso, seria uma contrarreferência não técnica, mas sim de percepção, indo até ao sentido mais amplo de rede de atenção à saúde, extrapolando o limite territorial nacional o que traz para a análise e a questão do SIS-Fronteira⁹.

Minha formação é no Uruguai. Então eu achei que poderia interagir com a população de Santa Vitória do Palmar, mas é totalmente diferente. Tenho dificuldades, porque eu não conheço nenhum médico aqui. Só conheço a outra médica da ESF e a ginecologista. Infelizmente, com os demais colegas médicos, eu não tive uma conversa. (MED/ESF/SVP)

Com nossa referência em Rio Grande, percebemos que os pacientes são bem recebidos, e chegam sempre elogiando. Ficamos contentes por isso. (G/SVP)

Seria pertinente, no sistema de referência e contrarreferência, que utilizássemos, para Santa Vitória, o nosso vizinho Uruguai, dentro da nossa região. Santa Vitória fica longe dos outros municípios e já tem uma série de acordos de tentativa de hemodiálise com Rocha, que é muito mais perto que Pelotas e Rio Grande; e cansativo para o paciente de fazer esse deslocamento. Poderíamos ter avançado mais em reduzir custos e oferecer mais serviços com menos tempo e risco para os pacientes. Toda hora estamos com poucos veículos e correndo riscos nesse deslocamento. (ENF/ESF/SVP)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS e em mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos. Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema estruturado de exames de

⁹ Nas regiões de fronteira, um grande fluxo de estrangeiros busca tratamento no território brasileiro. Além de sobrecarregar o atendimento na área da saúde, esse número extra não é contabilizado pelo MS no cálculo do repasse de verbas para o SUS, que segue critérios de contingente populacional. Para melhorar o atendimento à população e reforçar a integração do atendimento de saúde nos municípios fronteiriços foi criado o Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras (SIS-Fronteira). O objetivo é planejar e lançar ações e acordos bilaterais ou multilaterais entre os países fronteiriços, após diagnóstico da situação de saúde além do território nacional. (BRASIL, 2016b)

análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Neste componente, o elemento mais citado foi a judicialização como recurso para ter acesso a medicamentos e em alguns casos a exames. Cabe salientar que esta narrativa foi feita por profissionais de saúde, gestão e controle social, muito embora também atribuída pelos mesmos ao desconhecimento por parte da população dos fluxos necessários a serem percorridos. No entanto, neste particular, esta questão pode ser um indicativo da não existência de mecanismos para distribuição racional de medicamentos bem como de protocolos para exames.

Na alta complexidade, normalmente estão em uma situação mais delicada de saúde, mais frágil. O acesso à oncologia, à cardiologia e aos medicamentos de alto custo, muitos usuários judicializam. Algumas vezes até orientados pelos próprios profissionais, porque não tem um sistema de referência e contrarreferência muito organizado. (ENF/ESF/SVP)

[...] acontece para medicamentos e para exames mais complexos. Às vezes são coisas simples; mas as pessoas, por não conhecerem o sistema nem a existência de protocolos de acesso, vão direto à justiça. (G/SVP)

Tem gente que recorre à justiça para conseguir os remédios e consulta. Sei da nossa dificuldade no encaminhamento dos exames, a demora de ir para fora. Tem exames mais complexos que o SUS não faz mais. (CS/SVP)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos, é importante verificar a existência de uma base de dados única, que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário; se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real. E, se o sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS), é parte inerente às atividades das equipes da ESF.

Neste particular, o município está ainda na fase de implantação das novas equipes da ESF e não possui uma base de dados única com toda a população nem com subpopulação de risco.

É possível perceber nas falas dos participantes que ainda existem algumas dificuldades para a confecção do Cartão SUS bem como ao acesso organizado e regulado ao serviço de saúde. Nesta configuração, a população utiliza outros meios para verem suas necessidades de saúde atendidas entre os quais solicitando a intervenção de políticos locais e até mesmo judicializando. Neste particular, os profissionais de saúde sentem-se impelidos a refletir e compreender esta forma de agir da população.

Uma senhora de sessenta anos chega e diz: “Ah, minha filha, tá difícil. Eu não consigo pegar uma senha para renovar o meu cartão do SUS. Sabes que moro longe”. Digo: “Sim, a senhora é do interior”. “Venho quando tenho que comprar remédio e aí eu chego aqui, fecha às cinco horas e a minha ficha nunca”. (CS/SVP)

Não existe uma regulação ou avaliação eficiente. Então as pessoas acabam por políticas tendo acesso a medicamentos ou a consultas, de passar na frente da fila. Aquele que está precisando mesmo, que não briga tanto, é o que não consegue saber como funciona e aí o profissional de saúde orienta a ir à secretaria de saúde. (ENF/ESF/SVP)

Um paciente que me disse para dar a ordem que eu entro com ação judicial. Então eu vejo que tenho que compreender, porque se eu venho de um país, que esse fluxo já está estruturado devo ouvir o paciente. Eu não sabia desse recurso. (MED/ESF/SVP)

Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, é possível perceber que, embora o esforço da gestão, o município enfrenta dificuldades em atender as exigências da comunidade, por ainda não possuir um módulo de transporte que supra as necessidades da população, fato este agravado pela distância a ser percorrida até os centros de referência.

Esta dificuldade é reconhecida por profissionais de saúde, controle social e sobretudo pela gestora, que destaca os custos com manutenção, com combustível e com pessoal. Para a gestora, outra preocupação em decorrência da distância a ser percorrida, são as dificuldades enfrentadas pelos pacientes debilitados, a necessidade de adaptação para o deslocamento de acompanhantes para os mesmos e os riscos de acidentes com as viaturas no deslocamento.

Se for urgente, encaminhado para o hospital. Se o plantonista do hospital considera urgente, então ele é encaminhado para Rio Grande, a 250 quilômetros do município. Às vezes tem uma ambulância terceirizada. Às vezes, não. (MED/ESF/SVP)

[...] a distância que é um problema para Santa Vitória. (CS/SVP)

Nosso maior obstáculo é a distância. O município mais próximo é Rio Grande, a quase 250 quilômetros; Pelotas também 250 quilômetros. Então o nosso deslocamento mínimo é esse para ir e para voltar. Levamos pacientes a Porto Alegre, a Piratini, a Jaguarão, a Lajeado. Temos vans, ambulâncias e carros, além de convênio com empresas de ônibus. Ainda assim não é suficiente. (G/SVP)

Nossos centros de referência são muito distantes. Isso acaba comprometendo o orçamento da secretaria, porque, além do combustível e das diárias de motoristas, ainda temos o custo com manutenção, com seguros de veículos. (G/SVP)

Idoso e criança é obrigatório e, dependendo da pessoa e do procedimento que for fazer, é necessário o acompanhante. Uma de nossas ambulâncias mais novas, que tinha vindo do conserto, estava com uma semana de uso e semana passada sofreu um acidente na entrada para Rio Grande. (G/SVP)

Nossas viaturas saem daqui às duas, três horas da manhã. Chegam em Rio Grande, passam em Pelotas, depois voltam a Rio Grande, recolhendo os pacientes. Muitas vezes elas têm que ir a Porto Alegre. Saem à meia-noite para chegar a tempo do primeiro paciente consultar. Além do desgaste para o paciente que está debilitado, é horrível ele ter que ficar esperando horas, nessa viagem longa; e ainda ficar esperando pelos outros pacientes consultarem, para retornar todos juntos. (G/SVP)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede, é importante verificar se este componente “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”. A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede. Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS e se esta avaliação contempla a realizadas pelas pessoas usuárias. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A governança da rede é descrita pela gestora, controle social e por profissionais da saúde que destacam algumas dificuldades desse processo.

Entre as dificuldades apresentadas encontram-se duas em destaque: o sentimento da presidente do CMS quanto à interpretação de suas ações no desempenho do papel de controle social; e a dificuldade de organizar a regulação em relação à demanda.

No primeiro caso, parece haver uma mistura de ação da participação do controle social com uma possível também participação na esfera política, sem uma devida clareza de quando

estão ocorrendo. A manifestação da representante do controle social neste sentido é a de que, nos momentos em que tenta intervir com sugestões, sente-se discriminada.

No segundo, a questão da regulação à dificuldade parece não ser quanto ao seu processo e sim pela grande demanda. Neste aspecto, a gestora relata que acessa os sistemas de regulação, mas que também faz contato direto com outros gestores municipais. É procedimento igualmente adotado em alguns casos pela profissional de saúde da ESF.

No entanto, ainda que estas ações da gestora e da profissional de saúde sejam realizadas no intuito de resolver as questões de acesso, não são suficientes e, na ausência de solução para suas demandas, os usuários acabam entrando na justiça para serem atendidos.

Um problema que eu vejo é a política. Qualquer coisa que eu vou cobrar, sinto que sou vista como política partidária. (CS/SVP)

Acessamos vários sistemas e, conforme são liberadas as consultas, fazemos os encaminhamentos. Sempre temos muito mais demanda do que oferta; então temos dificuldade de acessar várias especialidades. (G/SVP)

Quando o sistema nos oferta consulta que estejam restando de outros municípios, quando tentam fazer o reaproveitamento, nós tentamos nos enquadrar; e quando não conseguimos acessar dessa maneira, fazemos contato com os municípios, com outros gestores. (G/SVP)

Procuramos respeitar os sistemas, mas não digo que conseguimos êxito. Às vezes procuramos de todas as formas, porque é difícil exames ou procedimentos mais complexos estarem sobrando; mas se por ventura estiver sobrando e algum outro município possa compartilhar conosco, vamos atrás. (G/SVP)

[...] não acontece a mesma coisa com a especialidade de [...], é mais rápido, a gente consegue ligar diretamente para o profissional, é mais acessível. (MED/ESF/SVP)

Muitas vezes nos sentimos impotentes de não conseguir ajudar. O paciente espera da gente todo o resultado e não aparece este resultado de forma imediata. O que acaba acontecendo são processos judiciais, porque não existe outro caminho. Os pacientes não podem esperar e acaba acontecendo deles entrarem na justiça para tentar agilizar a situação. (G/SVP)

Quanto à judicialização, também houve relatos dos participantes no sentido de que também ocorrem casos em que os usuários recorrem à justiça, sem antes mesmo terem procurado acessar o fluxo normal para atendimento; podem chegar inclusive ao exagero.

[...] casos de antes de resolver aqui, já acionar a justiça. Quando têm dificuldade, eles vêm aqui e a nossa gestora tenta resolver da melhor forma

possível; mas às vezes acontece o inverso, eles vão na justiça primeiro. (C/ESF/SVP)

Tem os dois lados, não só a necessidade, mas também o exagero, na judicialização da saúde. (ENF/ESF/SVP)

[...] é possível que nossa porta de entrada esteja falhando, principalmente aos pacientes dependentes químicos, que a família, em vez de procurar o CAPES e de tentar o tratamento em casa, elas preferem a internação. Este é um dos problemas da judicialização da saúde. (ENF/ESF/SVP)

Não obstante os casos de acesso regulado e os de judicialização, também houve relatos de dificuldades na estrutura organizacional quanto às relações entre a APS e os pontos de atenção secundária e terciária.

Um menino teve que fazer uma cirurgia. Foi encaminhado e levado no carro da prefeitura. Chegou lá e a cirurgia não estava marcada. A pessoa saiu de casa com uma criança de três anos, de madrugada e inverno, viajou todos esses quilômetros, que eu não lembro se era Jaguarão ou Rio Grande, para chegar lá e a recepção dizer “[...] mas o seu filho não está agendado”. Isso acontece muito e acho que isso é uma falha do sistema que não está integrado. (CS/SVP)

Essa semana teve um caso de uma moça com dificuldade visual. Tem uma consulta particular com diagnóstico de descolamento de retina. Não conseguiu acesso via SUS. Foi encaminhada para o banco de olhos, com o tempo de espera de aproximadamente seis meses, ela tá com perda progressiva de visão. Vai procurar a defensoria pública. (ENF/ESF/SVP)

Quanto ao monitoramento e avaliação da RAS, segundo a gestora, estas ainda estão no aguardo para avaliar os efeitos da implantação de novas equipes da ESF, criadas com a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Existem relatos de profissionais de saúde quanto à necessidade de avaliação, não somente dos resultados de acesso e atendimento de demandas, mas também do seu próprio processo de trabalho e do incentivo da participação da comunidade na avaliação da rede.

Ainda não fizemos uma avaliação. A gente está se propondo agora, no segundo semestre, fazer, porque, como teve a transição da gestão, então agora queremos unir esses dados para mostrar mesmo que realmente está fazendo efeito. (C/ESF/SVP)

Nas reuniões com a equipe, sempre deve ter participação de uma pessoa da população, para saber o fluxo da rede, explicar como funciona, se está tudo bem aqui, não existe, não há essa participação. Então isso dificulta

bastante, esse desconhecimento da população com os seus direitos. (MED/ESF/SVP)

Ainda não temos um processo de avaliação. Na verdade, isso se faz nas reuniões que é muito superficial. Acho que a gente poderia utilizar mais esse espaço. Não existe uma proposta de motivação ao trabalhador. Acho que faria diferença no trabalho da equipe. (ENF/ESF/SVP)

Temos 13 médicos do Programa Mais Médicos e atualmente temos 15 equipes da ESF. Com o aumento do número de médicos, conseguimos ampliar para cerca de 70% a cobertura da ESF. Queremos avançar um pouco mais e realizar uma avaliação [...] precisamos dar o passo conforme a situação. Ainda não estamos com 100% de cobertura. (G/SVP)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde; se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede; se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, estas estão atreladas às atividades das equipes da ESF, as quais se encontram em expansão no momento.

A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece ser uma dificuldade a ser equacionada, inclusive existindo tensão no sistema. Tensão esta originada seja pela articulação extra rede que pode ser percebida na interlocução direta do gestor ou do controle social com o município de referência; seja pela necessidade do usuário de desistir da espera e despendar recurso para o atendimento de suas necessidades de saúde. Ou ainda pela necessidade de o profissional de saúde realizar o encaminhamento dos casos de urgência já com o conhecimento prévio de que o fluxo do paciente até o atendimento será demorado pela questão da distância do centro de referência.

Mesmo que a nossa referência não seja aquele determinado município, tentamos encaminhar um paciente, através de uma pessoa conhecida que se tenha lá, porque muitas vezes, dependendo da situação, é a vida do paciente que não pode esperar. (G/SVP)

Para Rio Grande, para o hospital do coração, eu cheguei na casa de uma amiga e disse: “Agora de tarde vou lá na secretaria para ver. Já me ligaram, tá aqui, marcaram para daqui a duas semanas”. Foi tão rápido, fico impressionada. (CS/SVP)

Eu sei que tem pessoas procurando por exames, exames mais complexos, há dois anos, um ano e meio. Tem gente até que desiste. (CS/SVP)

Então os pacientes que têm para pagar, pagam para conseguir mais rápido uma consulta. (MED/ESF/SVP)

Não temos “traumato”. Então um acidente de moto com fratura, o “traumato” vai ver em 15 dias. Eu não posso esperar 15 dias com uma fratura em uma perna. Então eu encaminho para o hospital como urgência, para o médico transferir ele para Rio Grande ou para Pelotas. (MED/ESF/SVP)

Questões Avaliativas, escores e interpretação da RAS conforme metodologia

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs (OPAS, 2010; MENDES, 2011), com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS com olhar a partir do município de Santa Vitória do Palmar/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total desse município.

O município de Santa Vitória do Palmar/RS, Caso 2, obteve escore igual a 29. Esta pontuação sugere ser a RAS desse município como uma rede de atenção à saúde incipiente com capacidade básica para operar.

Os escores obtidos em cada item avaliado encontram-se apresentados no Quadro 07

Quadro 07 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de Santa Vitória do Palmar/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/ escore
Componente (C)	Questão Avaliativa	Santa Vitória do Palmar/RS
C 1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	2
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	3
C 2 Atenção Primária à	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	2
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção	0

Saúde	especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	1
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	2
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1
C 3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	2
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0
C 4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	1
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	1
	III) Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	N/A
	IV) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	0
C 5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	2
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	2
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	2
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	2
C 6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	1
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	0
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1
C 7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	2
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	2
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de	0

	espera?	
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	0
Total		29

Diário de Campo Estudo de Caso.
Município de Santa Vitória do Palmar/RS

As tratativas para a visitação ao município de Santa Vitória do Palmar/RS foram realizadas com a secretária municipal da saúde via telefone e logo após foi encaminhada, no dia 18 de maio de 2015, via correios, uma carta de apresentação do pesquisador bem como informações sobre os objetivos da pesquisa.

Para otimização de custos e tempo, a viagem ao município de Santa Vitória do Palmar/RS ocorreu concomitante a do município do Chuí/RS, pela proximidade geográfica entre eles e a distância de ambos com o município do Rio Grande/RS, ponto de partida do pesquisador.

Houve dois deslocamentos entre Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS, um no dia 22 e outro no dia 23 de julho de 2015. Foram realizados no período da tarde e o tempo para deslocamento entre eles foi de aproximadamente vinte minutos, não tendo sido identificadas dificuldades no percurso.

Ao chegar ao município no dia 22 de julho, o contato foi com a secretária municipal da saúde e a enfermeira coordenadora da ESF no município, sendo estas as duas primeiras entrevistas realizadas. No dia 23 de julho a tarde, foram realizadas as entrevistas com a médica e a enfermeira da ESF. Esta última, no transcurso da entrevista reportou ter realizado sua graduação na Universidade Federal do Rio Grande.

Nestes dois dias não foi possível o contato pessoal com a presidente do CMS, somente por telefone. No entanto, ficou agendada uma vinda da presidente a Rio Grande/RS para a entrevista, o que efetivamente ocorreu em 18 de novembro de 2015. Portanto com participantes do município de Santa Vitória do Palmar/RS foram realizadas 5 entrevistas individuais.

8.2.3 O município de São José do Norte/RS (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 3)

A **Seção 3** apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação da atenção básica, com a coordenação de programas de saúde, com o serviço de regulação, com profissionais de saúde e com o presidente do Conselho Municipal de Saúde de São José do Norte/RS. Ao final da Seção apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

Caminho Metodológico

Conforme metodologia proposta e já anteriormente descrita, procurou-se considerar como “foco” durante a condução da entrevista 7 itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde: População (C1); Atenção Primária à Saúde (C2); Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Sistemas de Apoio (C4); Sistemas Logísticos (C5); Sistema de Governança da Rede (C6); e Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passaremos a apresentar o resultado das entrevistas realizadas no município de São José do Norte/RS durante o Estudo de Caso, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTAS

Componente População (C1)

No componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Nesta direção foi possível identificar que estes dois itens estão contemplados.

Segundo os profissionais de saúde e coordenação dos programas de saúde, o município está dividido em regiões do centro e do interior, onde são realizados grupos com atendimentos aos pacientes crônicos já cadastrados. É utilizada a questão do vínculo com o usuário como ferramenta para uma boa assistência. A representante da gestão reconhece a necessidade de avançar na questão da promoção da saúde.

[...] temos no município seis postos da ESF, dois no interior e quatro no centro. Um é praia, que é a barra. Temos, na organização da nossa estratégia, que fazer os trabalhos com os grupos. (C/PS/SJN)

A equipe que trabalha aqui é muito boa. Se tivermos dúvidas, tem uma enfermeira, tem 5 ACS e uma técnica [...]. Nesse momento estamos focados em um grupo de trabalho que eu gosto muito, que é a gestação e o puerpério. (MED/ESF2/SJN)

Pela própria ideia da ESF, temos um vínculo com o paciente. Quando vejo no prontuário que o paciente está há quatro ou cinco meses sem comparecer, vejo qual é o ACS e, na reunião de equipe, eu passo o recado e ela vai até o paciente e avisa: “olha, tem que voltar lá”. (MED/ESF1/SJN)

[...] aceitei participar da gestão há poucos meses e estou tentando resgatar os grupos de hipertensos, de diabéticos, o próprio pré-natal e grupo de gestantes, que não tem, como deveria. As unidades da ESF estão trabalhando nesse sentido. [...] sempre que a promoção de saúde está fragilizada, a prevenção não existe. (G/SJN)

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde. A interação entre as equipes da APS e a atenção especializada bem como a articulação dessas equipes com a comunidade igualmente são importantes neste componente. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A capacidade dos ACS para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade e a existência de conselho local de saúde também qualificam a RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Segundo os relatos dos profissionais de saúde com confirmação do funcionário do serviço de regulação, a estrutura da rede oferece um fluxo com início na unidade com ESF e, quando necessário, o usuário é encaminhado para o hospital local ou para consultas com especialistas fora do município.

Os pacientes chegam, consultam com o médico ou comigo. Fazemos a avaliação e referenciamos para as especialidades. Vai para secretaria de saúde, dali é que fazem o encaminhamento para o município que já tenha acordo estabelecido do sistema de saúde. (ENF/ESF1/SJN)

O paciente é avaliado na unidade e, tendo a necessidade de especialidade que não tem no município, é feito um encaminhamento e vai para a secretaria de saúde que direciona. Vê qual a referência para o caso, qual cidade e faz o agendamento da consulta e depois ela mesmo que retorna para o paciente com a data e o horário marcado. (ENF/ESF2/SJN)

Para uma avaliação que precise de internação, temos que mandar primeiro para o hospital do Norte, mesmo sabendo que ali não vai ser o atendimento que ele precisa. (ENF/ESF2/SJN)

Temos um hospital municipal que não faz procedimentos básicos. É nossa referência; quando o posto de saúde não consegue atender, encaminha para hospital e ele encaminha para Rio Grande. (C/AB/SJN)

A referência é feita em formulário específico, indicando a especialidade. Dependendo da especialidade, vai ser referenciado para uma cidade diferente. (MED/ESF1/SJN)

[...] passam primeiro pela unidade básica que referencia para a especialidade. Quando chega aqui, inserimos no sistema que vai ser agendado. É o paciente que traz o referenciamento. (R1/SJN)

Foi possível identificar, com relação ao Componente Atenção Primária à Saúde, a fragilidade na interação entre as equipes de APS e de atenção especializada. Fragilidade esta identificada tanto no referenciamento na rede de seu próprio município como para outros de referência, com destaque para a vulnerabilidade da gestante de alto risco.

Temos problemas com o hospital. [...] tem pacientes que necessitam de atendimento e eles mandam para a unidade. Antes o problema era que os usuários iam direto ao o hospital para verificar a pressão, e não é o correto. (ENF/ESF1/SJN)

Já houve caso de criança com problemas sérios que eles mandam para unidade e se a mãe não procura, pode agravar. (ENF/ESF1/SJN)

Quando o paciente chega na UBS com muita dor, o médico encaminha para o hospital do Norte e se no hospital “o médico diz que ele precisa fazer uma endoscopia com urgência, eles querem que o médico da unidade faça um encaminhamento com urgência para a FURG”. Não, ele não pode encaminhar o paciente direto para especialidade; tem que encaminhar para o hospital do Norte; se for urgência, o hospital é quem encaminha. (ENF/ESF1/SJN)

Algumas vezes eu vi problemas nesse translado, falta de comunicação entre os profissionais. [...] o paciente chega a Rio Grande, tanto na Santa Casa quanto no HU, e as pessoas não têm informação que esse paciente está chegando, qual o quadro. Então eles não recebem, mandam de volta, negam internação, negam cirurgia. (C/AB/SJN)

[...]. Atendi um paciente com um quadro sugestivo de angina, um caso agudo. Escrevi cardiologia urgente e referenciei, por causa da sintomatologia. Aí ele me perguntou: “Doutor, quanto tempo vai demorar para eu ser atendido?” [...] Aí ele me disse: “E se eu for lá no hospital de cardiologia dizendo que estou sentindo dor, eles me atenderiam?”. [...] Quer dizer, existe uma deficiência na referência. A gente percebe isso e o paciente também. (MED/ESF1/SJN)

Gestante de risco, a gente tinha acompanhamento na FURG. Agora é em Pelotas, tem esse deslocamento [...]. (R2/SJN)

Um ponto importante a destacar quanto ao Componente da Atenção Primária à Saúde é a articulação das equipes da APS com a comunidade (OPAS, 2010; MENDES, 2011). É possível perceber fragilidades pelas falas dos profissionais de saúde e da representante do controle social com relação à proximidade das equipes com a comunidade tanto em relação aos aspectos culturais como na participação no controle social do SUS.

[...] a comunidade não vem. Tem bairros mais participativos, outros que nem têm presidente. Essa é a realidade. (C/AB/SJN)

Os pacientes não querem participar. Faltam estímulos para que ele participe. [...] vamos fazer um grupo de diabéticos e hipertensos e se não fazemos uma boa divulgação das ideias que vamos fazer, não tem participação. O paciente só vem para esperar a consulta. (MED/ESF2/SJN)

Acho que pelo nível de escolaridade muito baixo no município, eles não entendem muito essa questão da hipertensão, do diabetes; então às vezes é difícil de trabalhar com eles isso, fazer com que eles entendam. (ENF/ESF2/SJN)

Vamos fazer a nossa conferência de saúde na semana que vem. Todas as unidades estarão fechadas para que os profissionais de saúde participem. Então vai ter bastante gente. Porque na última, a população, por mais que a gente divulgue, ela não participa, mas nessa, vai ter bastante servidores da saúde participando. (CS/SJN)

A participação popular não se efetiva. A nossa conferência de saúde foi quinta-feira, em horário de expediente. Aí quem participa são pessoas que

já estão em algum movimento social, que já estão inseridas, mas a comunidade em geral não valoriza. (C/AB/SJN)

Esta realidade local faz com que por desconhecimento a população tenha dificuldade em entender o fluxo de atendimento e, em alguns casos, judicializem desnecessariamente. Em conformidade com o exposto pelos profissionais de saúde, coordenação e gestão, as atividades do CMS refletem a realidade cultural local e atua quase que exclusivamente na fiscalização e aprovação de relatórios, o que é confirmado parcialmente na fala da representante do CMS.

A pessoa vem aqui com sua reclamação que é legítima. Mas aí vemos que ela não entende como funciona o sistema de saúde, a participação popular. Como vai entender, se não participa? (C/AB/SJN)

Tem casos de nem virem aqui, irem direto à justiça. Teve caso que foi direto na promotoria para conseguir aparelho de HGT. Não precisa, tem na farmácia, está funcionando o serviço. A pessoa não recebeu as informações em nenhum lugar e nem buscou; preferiu ir lá direto. (C/AB/SJN)

O Conselho fiscaliza bastante essa coisa dos contratos, prestação de contas que são passadas. Mas o Conselho em si faz bem essa parte de aprovar, de não trancar. Tudo que chega para ser aprovado e vemos que vai ser bom para o município, não tem por que trancar. (CS/SJN)

Pela necessidade de articulação das equipes da APS com a comunidade, é fundamental a participação do ACS exercendo a função de elo entre a equipe e a comunidade. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nos relatos dos profissionais de saúde e também reconhecido pela funcionária do serviço de regulação, os ACS exercem participação nas atividades com as comunidades. No entanto, em seus relatos também surgem considerações sobre o quantitativo de ACS disponíveis nas equipes para atender as demandas em saúde, o que sugere uma deficiência nesse aspecto.

Geralmente trazido pelo ACS, ele traz a necessidade e aí a gente vai averiguar, identifica e confirma. (ENF/ESF2/SJN)

Tem um número significativo de gestantes de risco, e geralmente o pessoal procura os ACS, ou a própria enfermeira do posto. (R2/SJN)

[...] existem os grupos, as enfermeiras têm conhecimento de quem são os crônicos; as ACS também sabem, pois tem aquela questão de ir no grupo e já fazer a renovação das receitas [...]. (C/PS/SJN)

Tem muita falta de ACS. Então a enfermeira tem isso também. Daqui a pouco faz um grupo, mas fica muito paciente sem contato com o ACS. O concurso está para sair para repor essas vagas. (C/PS/SJN)

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde, faz-se necessário a existência de um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Neste quesito, a participação do conselho de saúde, segundo a fala do gestor e dos profissionais de saúde, sua atuação está aquém do desejado, incluindo aí sua estruturação. Até mesmo a formação dos conselhos locais de saúde para atuarem junto às equipes da ESF parece ser de maior interesse dos profissionais do que da população em geral, e os temas abordados no CMS são mais administrativos do que identificação das necessidades da comunidade.

O conselho de saúde está bem fragilizado. A presidência do conselho se encontra em licença [...], e a participação social é quase que nula. O controle e fiscalização do conselho em si, ele praticamente não existe. (G/SJN)

[...] o conselho de saúde, os representantes, COREN, CRO, CRM que fazem andar. Falta muita informação para população vir participar das discussões, de se reunirem nos seus bairros, levar suas problemáticas e entenderem o sistema. (C/PS/SJN)

Uma dificuldade que temos nesse posto é o conselho local que não está formado ainda, e não sei por quê. Parece que não tem muito esforço em formar o conselho, e precisamos dele. (MED/ESF2/SJN)

[...] nunca sabemos quando as reuniões do conselho vão acontecer. Não sabe quem participa [...], só fica sabendo depois. Quando a gente precisa aprovar alguma coisa, tem que ficar correndo atrás para saber, porque não é divulgado [...]. (ENF/ESF2/SJN)

O conselho é bem fraco no município. A população tem um representante, mas não vem. Geralmente as aprovações são de interesse próprio da secretaria e do hospital. (ENF/ESF1/SJN)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada

através de reforço da APS bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Tanto a substituição da atenção ambulatorial especializada quanto a contrarreferência são citados pelos participantes. A primeira, a substituição, aparece como uma intenção e preocupação dos profissionais na formação de grupos para a assistência aos usuários. Narrando as dificuldades em sua efetiva implantação bem como reconhecendo que as equipes que estão há mais tempo formadas encontram mais facilidade na adesão dos usuários aos grupos, inclusive implantando ações multiprofissionais.

A segunda, a contrarreferência, surge na fala dos profissionais de saúde, como sendo um problema a equacionar com os pontos de atenção à saúde secundários e terciários.

Quanto ao movimento de substituição, os profissionais de saúde fazem as seguintes narrativas:

Tenho dificuldade em ter os grupos, eles vêm pouco. As gestantes, eu tenho adesão; elas procuram tanto os médicos como os enfermeiros, mas os grupos de crônicos, tenho dificuldade em formar porque eles querem ser atendido mais pelos médicos. (ENF/ESF2/SJN)

Com hipertensos e diabéticos está sendo difícil. Começou o processo e ainda não conseguimos agrupar bem. A aderência ao tratamento não é boa e não gostam de fazer caminhada. (MED/ESF2/SJN)

Temos um grupo de gestantes e de hipertensos. Fazemos as caminhadas e alguns idosos, que se cuidam e que tomam medicamentos corretamente, participam. Os que não se cuidam, que deveriam participar, não participam. Conseguimos fazer grupos, mas a adesão é baixa. (ENF/ESF1/SJN)

As equipes que estão há mais tempo juntas, sem rotatividade, existem os grupos. As enfermeiras e as ACS têm conhecimento de quem são os crônicos. Temos uma unidade que tem grupo de caminhada. [...] sabemos que tem gente que trabalha e na maioria são idosos que participam dos grupos, mas tentamos cobrar isso deles e dá para ver a diferença de uma equipe que tem conhecimento dos seus pacientes. (C/PS/SJN)

A enfermeira que faz os grupos sabe que seu paciente está em tratamento, tomando a medicação, mantendo a pressão e o açúcar estável. Então convida a nutricionista [...]. (C/PS/SJN)

Quanto à questão da contrarreferência como sendo um problema a ser equacionado, esse foi manifestado no momento em que os profissionais de saúde da atenção básica, enfermeiros e médicos, referem dificuldades ao receber a contrarreferência de seus pacientes.

[...] vamos saber somente depois, com o retorno do paciente ao posto [...]. Às vezes só sabemos que ele foi, porque ele retorna para pedir uma outra referência de retorno. Ele chega e diz assim: “ah, o especialista pediu para mim voltar daqui a trinta dias e precisa que leve esse papel”. A maioria das vezes nós sabemos pelo paciente, depois que retornou na unidade por algum motivo. (ENF/ESF2/SJN)

Depois que encaminhamos, só temos acesso quando há retorno. (ENF/ESF1/SJN)

Não recebemos contrarreferência. Estou aqui há 7 anos e recebi umas 5. Quem me traz a contrarreferência é o paciente, e ele traz na interpretação dele. Pela receita feita, pelos exames solicitados, eu tenho uma ideia do diagnóstico, qual foi a conduta do especialista. A contrarreferência por escrito raramente acontece. (MED/ESF1/SJN)

Embora não seja unânime, pois existem relatos manifestando a existência de contrarreferência, inclusive elogios. Esta dificuldade está presente nos retornos dos encaminhamentos às especialidades.

Uma questão que funciona bem aqui para nós, são os egressos da UTI neonatal da FURG. Os nossos bebês que nascem prematuros, egressos da UTI neonatal, se mantém bem. É marcado com neurologista pediátrico, lá no ambulatório. Gostaríamos que a nossa referência de gestantes voltasse a ser o HU, que se consiga fazer cumprir a PPI. (C/PS/SJN)

[...] de Rio Grande, na parte da gestante que é o que mais encaminho, até agora não tive problemas. Estou recebendo contrarreferência da maternidade da FURG e daqui do hospital também, elas sempre chegam [...]. (MED/ESF2/SJN)

Neste particular, vale destacar a também manifestação da coordenação da atenção básica quanto ao que chamou de contrarreferência ao não receber, em alguns casos, o retorno de seus encaminhamentos.

Os municípios na verdade se interligam, tem as referências e contrarreferências e às vezes o gestor não sebe como está fluindo. Essas questões que a gente teve de dificuldade, ou no HU ou na Santa Casa, muitas vezes não chega até o gestor. (C/AB/SJN)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS e um mecanismo de distribuição racional dos insumos farmacêuticos. Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à programação feita a partir das necessidades da população e distribuição racional, também a princípio pode ser alcançada com a presença da farmácia básica e farmácia popular existente no município. No entanto, é possível perceber que em alguns momentos ocorrem dificuldades na assistência farmacêutica, com inclusive casos de judicialização para receber medicamentos.

Igualmente são consideradas problema pelo profissional da saúde as limitações quanto ao rol de medicamentos disponíveis no acervo de medicamentos do SUS para atender as necessidades da população adscrita.

Tem medicamentos disponíveis no posto e não costumam faltar. Também tem os que vêm pouco ou custam a vir. Às vezes não têm acesso direto no posto, porque a farmácia popular fornece. Para diabético e hipertenso, a medicação é de fácil o acesso. (ENF/ESF2/SJN)

Tem a farmácia popular e damos a receita para ele; e até agora são poucos os pacientes que vêm com queixa. Eles têm acesso. Estou olhando e escutando o que ele fala, se pegou os remédios. (MED/ESF2/SJN)

Em um período não tinha medicamentos na farmácia básica do município, agora tem. O que não tem na básica, tem na popular. (ENF/ESF1/SJN)

Atualmente acho que está vindo, mas já teve um período que estava em falta alguns medicamentos. Isso foi debatido, mas na época isso foi passado para o diretor [...]. (CS/SJN)

Atendemos muitos pacientes que passam por um processo judicial para conseguir medicamentos, conseguir alimentação e exames. Contextualiza-se essa realidade em vários âmbitos da saúde desse indivíduo, alimentação, medicamentos, internações e cirurgias. (G/SJN)

[...] perguntei para ele, esse remédio é caro? “Ah!, é muito caro”. E como é que tu estás fazendo? “Sou obrigado a comprar”. Esse paciente não falou nisso, mas daqui a pouco começa a ver que fica pesado e entra na justiça. (MED/ESF1/SJN)

Temos medicamentos da farmácia básica do SUS, mas o acervo é restrito. Tratei um paciente diabetes tipo 2 e não consegui controlar com a medicação que tenho aqui [...] encaminhei para “endócrino” [...] ele voltou sem nenhuma contrarreferência, mas com a receita de um medicamento recém-lançado e com o diabetes controlado. É um medicamento que eu sei como usar, mas não posso, porque não tem como comprar [...] a ideia é usar os medicamentos do SUS, mas às vezes temos que repensar (MED/ESF1/SJN)

No serviço de regulação, a prioridade é consultas e exames. Medicamentos só quando é ordem judicial. Quando é ordem judicial, eu acompanho por ser assistente social. Geralmente são pacientes que necessitam não só da medicação, mas também acompanhamento [...] mas medicamentos, é para o pessoal da farmácia que encaminhamos. (R2/SJN)

No que tange ao sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras, parece também haver dificuldades quanto ao acesso e demora na marcação e retorno dos resultados. Há também desencontros no sistema de referência e contrarreferência, conforme identificado na fala dos profissionais médicos, do gestor e do controle social.

Tem muita demanda para o laboratório, leva mais de um mês. Uma gestante que eu cadastro hoje na unidade, vai fazer exame daqui a um mês, exame de pré-natal, exames de primeiro trimestre, principalmente o ultrassom, que tem grande dificuldade delas fazerem. (ENF/ESF2/SJN)

O laboratório tem problemas. São poucos os exames disponibilizados por mês. Para hipertensos e diabéticos, demoram dois a três meses para serem feitos. (ENF/ESF1/SJN)

Quanto aos exames, é bastante dificuldade, até mais, do que medicamento. O controle de exames e consultas é o mais difícil. (CS/SJN)

[...] tem médico no hospital que solicita exames sofisticados e as pessoas vão à unidade querendo a referência, porque os médicos do hospital não podem dar a referência da secretaria de saúde, só os da unidade. (ENF/ESF1/SJN)

No hospital local são realizados apenas exames eletrocardiográficos e Raios-X. A dificuldade com a realização de exames laboratoriais também existe quando da necessidade para os pacientes internados no hospital local, pois este não conta com laboratório de análises clínicas em seu complexo. Para suprir esta necessidade, as coletas são feitas no hospital e encaminhadas para análise externa. Esta realidade pode ter relação com o aumento de demanda competindo com as necessidades da população geral.

[...] tem internação psiquiátrica e clínica. Na maioria são pacientes terminais. Os exames feitos ali são só “eletro” e Raios-X. Laboratório é externo, faz a coleta no hospital, manda para análise. (C/PS/SJN)

Para eletro e Raios-X não tem grande demora, é feito pelo hospital daqui. (ENF/ESF2/SJN)

A questão da distância geográfica em relação aos municípios de referência e o quantitativo de exames ofertados parecem também contribuir com as dificuldades enfrentadas para a realização de exames de imagem.

As nossas gestantes fazem ultrassom em Porto Alegre. Então a gente faz um bate e volta com elas, numa van. (C/PS/SJN)

[...] várias reclamações, principalmente de demora na mamografia e exames. Tem pacientes esperando 4 anos para exame. Não temos referência nenhuma para gestante de alto risco no município. (ENF/ESF1/SJN)

[...] temos uma demanda reprimida com pacientes a um, dois anos aguardando exames em razão do quantitativo que são liberados. A agenda é sempre cheia, então o acesso é bem difícil. (G/SJN)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos, é importante verificar a existência de uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário; se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real. E, se o

sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS), é parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular, o município conta com seis equipes da ESF distribuídas entre a zona urbana e interior, que utilizam prontuário único para cada família. Embora com dificuldades, organiza grupos para atender as demandas de pacientes portadores de doença crônica, sobretudo identificando subpopulações por riscos. A existência destas atividades já foi apresentada nos três primeiros componentes acima descritos.

Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, é possível perceber que o município enfrenta dificuldades em atender as exigências da comunidade, ainda que a questão não seja discutida no CMS.

Quanto ao transporte dentro dos limites do município, as considerações feitas pelos participantes indicam que o fluxo atende as necessidades, as limitações são em relação ao acesso e deslocamento para fora dos limites territoriais do município.

Na emergência, temos a SAMU. Se não é caso de acionar a SAMU, chamamos a ambulância do município, uma ambulância básica. Nunca encaminhamos diretamente para “ambulancha” ou para Rio Grande; sempre tem que ir ao hospital do Norte, mesmo nas urgências. (ENF/ESF2/SJN)

Quando temos algum paciente que precisa ser encaminhado para alguma especialidade ou emergência, primeiro solicitamos o serviço de ambulância que até agora está funcionando bem. (MED/ESF2/SJN)

[...] não vem muita reclamação. Acho que é bem resolvido. Quanto ao transporte, nunca ouvi reclamação e nem outros conselheiros nunca me passaram. (CS/SJN)

Cabe destacar que o acesso ao município de referência mais próximo, que é Rio Grande/RS, é feito unicamente por via fluvial com a utilização de lanchas para transporte de pessoa e balsas para o transporte de veículos. Neste particular, o município possui lanchas-ambulância, chamadas popularmente de “ambulancha”, para os casos de transporte de pacientes. Neste contexto, devem-se levar em consideração as condições climáticas que às vezes dificultam e até impede a travessia.

[...] a distância com Porto Alegre, tem que fazer a travessia para Rio Grande e às vezes não tem condições devido ao mau tempo. Tem problemas que são por causa da área geográfica. (ENF/ESF2/SJN)

Às vezes as pessoas não querem ir para Porto Alegre, mesmo que o carro da secretaria leve ou com o ônibus pago. É uma dificuldade para fazer mamografia. Tem que se deslocar até Piratini ou Bagé. São coisas que poderiam ser feitas no município, mas essa distância, todo esse planejamento mal feito, dificulta [...]. (ENF/ESF2/SJN)

[...] chamamos a ambulância em nossa unidade; a ambulância leva para o hospital e é responsabilidade dele encaminhar o paciente ou não para a travessia a Rio Grande. Houve o caso de uma gestante que ganhou na lancha, porque não deu tempo de chegar. (ENF/ESF1/SJN)

A questão do transporte para São José do Norte/RS também influi quanto à permanência de profissionais de saúde para atuar no município, o que reflete na frequente rotatividade dos mesmos.

[...] o município tem uma dificuldade que é o transporte. Pelo fato da travessia ser de lancha, dificulta que os profissionais venham trabalhar aqui. Às vezes não têm condições adequadas devido ao mau tempo e ficam com medo de não poder retornar. (ENF/ESF2/SJN)

[...] temos muita troca de profissional; quando começa a engrenar, passa em outro concurso e sai. A rotatividade é alta. (C/PS/SJN)

[...] é um problema, porque a nossa força de trabalho são funcionários de Rio Grande, não moram no município. Então o horário de trabalho, tem que ir embora, pegar lancha; não tem um horário flexível; não é toda hora que tem lancha. (C/AB/SJN)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede, é importante verificar se este componente “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”. A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede. Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS e se esta avaliação contempla a realizada pelas pessoas usuárias. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A governança da rede é descrita pelo gestor e por profissionais da saúde que destacam algumas dificuldades desse processo. Entre as dificuldades apresentadas encontra-se a de regulação pelo não cumprimento da PPI e o da Judicialização. Esta última podendo estar relacionada à baixa participação do controle social e ao grau de escolaridade da população.

[...] o problema é a gestante de alto risco. Nossa referência pela PPI na terceira coordenadoria é o HU, mas não estão marcando nenhuma gestante de alto risco. Então, por um acordo, conseguimos mandar para Pelotas. É uma situação bem delicada, porque elas vão de lancha, depois vão até Pelotas de ônibus, pegam um ônibus circular da cidade, consultam e voltam. Muitas são do interior de São José do Norte. Então temos uma dificuldade bastante grande nessa questão. Mas as gestações fora do alto risco são feitas em Rio Grande, sem problemas. (C/PS/SJN)

Tem muitos casos que, quando chega aqui, nem sabíamos que usuário estava necessitando [...] nem sabia que estava fazendo processo judicial. Então por aqui tentamos reverter. (C/AB/SJN)

[...] tivemos o caso que queriam a compra de uma prótese para uma paciente, uma fratura de úmero. O médico deu o laudo no HU de que tem a cirurgia pelo SUS, mas não tem a prótese e que não ia internar. Ela queria entrar na justiça [...] queria uma negativa do município, dizendo que não tem a cirurgia. [...]. A cirurgia tem; o SUS cobre; o hospital compra e depois é ressarcido. A paciente está até em casa, curada e o hospital vai fazer os trâmites para ter o ressarcimento do valor da prótese. (C/AB/SJN)

Existe uma pactuação com o Estado que nos dá um quantitativo de consultas e exames de média e alta complexidade. Estas pactuações as vezes nos amarram no sentido de que são outros municípios, algumas com Rio Grande, no HU. (G/SJN)

O monitoramento e avaliação surgem nas falas do gestor e dos profissionais de saúde, havendo também um relato isolado por parte de um profissional da saúde quanto à aplicação do PMAQ¹⁰ para avaliação de sua equipe da ESF. No entanto, os demais relatos evidenciam que as reuniões são mais direcionadas à discussão de fragilidades para o desenvolvimento de suas atividades assistenciais do que propriamente da RAS. Esta fragilidade também se dá pela ausência de avaliação dos usuários em relação à assistência recebida; e pelo controle social, pela ausência de pauta.

Temos a reunião de equipe com uma avaliação que a gente faz anualmente, que é o PMAQ. Nas reuniões de equipe, nós trazemos todos os problemas que aparecem. A gente tem aqueles temas constantes, as visitas domiciliares, resolver problema de algum paciente que é especial, que tem algum cuidado especial. (MED/ESF1/SJN)

¹⁰ O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) tem como objetivo incentivar os gestores e as equipes a melhorar a qualidade dos serviços de saúde oferecidos aos cidadãos do território. Para isso, propõe um conjunto de estratégias de qualificação, acompanhamento e avaliação do trabalho das equipes de saúde (BRASIL, 2015e).

Nas reuniões de coordenação, são discutidas algumas dificuldades que a gente tem para realizar algum procedimento: falta de material, os exames que estão demorando. Mas não é uma reunião especialmente para fazer uma avaliação ou para ver planos. (ENF/ESF2/SJN)

Temos, com os coordenadores, uma reunião mensal que a diretora participa. Trazemos os problemas, mas quase nunca são resolvidos. Tem várias reclamações, principalmente de demora na mamografia e exames. Não temos referência nenhuma para gestante de alto risco no município. Então a gente traz para diretora ou para a coordenadora da unidade. Esse é o local que a gente tem para discutir. (ENF/ESF1/SJN)

O Conselho não faz essa avaliação, a não ser que alguém vá lá precisando e vê alguma coisa de estranho e comenta. (CS/SJN)

Por outro lado, houve, por parte dos profissionais e da gestão, várias manifestações quanto à necessidade de capacitações para o maior conhecimento e melhor desempenho das atividades a serem prestadas à comunidade.

Estou há cinco anos, mas sou uma das poucas com esse tempo de atividade aqui. Por sermos poucos profissionais, parece que não temos tempo para parar, avaliar, além do programa de melhoria do acesso e da qualidade da atenção básica, e para fazer também capacitações. Essa é uma dificuldade muito grande. (C/AB/SJN)

A questão da qualificação [...], estamos tentando agora nos reorganizar para fazer uma capacitação com todos os nossos profissionais de saúde e depois ter a educação permanente e estimular o controle social nas unidades. (C/PS/SJN)

Fomos, na semana passada, em uma reunião na terceira coordenadoria, em Pelotas. O tema foi à importância das capacitações e educação permanente. Revi alguns colegas da FURG lá. (C/PS/SJN)

Eu nunca fiz curso de pós-graduação. Nem mestrado, nem doutorado; mas fiz vários cursos na área da atenção primária e percebo a importância e a necessidade das capacitações. (MED/ESF1/SJN)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde; se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede; se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de

listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, é possível perceber pelos relatos já descritos em relação às atividades das equipes da ESF.

A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta, muito embora o hospital local tenha deficiências, esta se apresenta com um fluxo interno nos limites geográficos do próprio município com identificação de responsabilidades entre os níveis.

Todas elas passam pela secretaria. A gente não faz nenhum encaminhamento direto da unidade básica. A gente tem que passar ou pela secretaria ou se for de urgência pelo hospital. (ENF/ESF2/SJN)

[...] eles têm um critério de seleção para urgência e emergência, não por fila. As urgências a gente encaminha para o hospital do Norte. (ENF/ESF1/SJN)

Nós não conseguimos encaminhar direto para a FURG, nem fazemos isso. Uma gestante que está em trabalho de parto, o hospital do Norte faz a avaliação e encaminham para FURG. (ENF/ESF1/SJN)

Um paciente com “trauma”, que não temos como resolver na unidade, é encaminhado para o hospital e de lá para a FURG ou Santa Casa, conforme a necessidade e disponibilidade de leito. (ENF/ESF1/SJN)

As consultas eram por ordem de chegada, mas agora tem uma avaliação da necessidade do paciente, que, dependendo do que o médico prescreve ali no encaminhamento, esse paciente pode ser passado na frente. (CS/SJN)

O médico da minha unidade trabalha como pediatra à noite no hospital do Norte. Se tiver algum problema, às vezes consegue alguma coisa, algum caminho que o médico mesmo resolve. (ENF/ESF1/SJN)

[...] somos referência aqui, mas é para o próprio município, que é pediatra. É para o município mesmo, não vem de outras cidades. (R2/SJN)

[...] passa primeiro pela Unidade Básica que referencia para a especialidade. Quando chega aqui, inserimos no sistema que devidamente vai ser agendado. É o paciente que trás o encaminhamento. (R1/SJN)

A maternidade do hospital do Norte foi fechada por intervenção e uma Fundação assumiu em 2013. Foi fechada por questões de não ter profissionais no plantão de 24 horas no município. (C/AB/SJN)

Na organização para referências externamente ao município, parece haver uma inconformidade com a pulverização dos pontos de referência no sistema. É possível perceber algum tensionamento dos profissionais, da gestão e da própria população. Esta última tensiona, quando considera insuficiente a assistência ou as orientações recebidas.

[...] a oftalmologia vai para uma cidade, embora em Rio Grande tenha muitos oftalmologistas. “Otorrino” vai para outra cidade; “traumato” vai para o hospital de referência que é a FURG, em Rio Grande; problemas cardiológicos vai para o hospital de cardiologia. Rio Grande não é um centro de referência global; ele é para algumas especialidades. (MED/ESF1/SJN)

[...] a consulta com o nefrologista dificulta um pouco, o encaminhamento demora um pouco. (MED/ESF2/SJN)

Se não é urgência, o médico faz a referência para o “gastro”; quando [...] tiver consulta para o “gastro” vai fazer o exame. (ENF/ESF1/SJN)

[...] quando tenho necessidade de alguma especialidade que vejo que é urgente, que não pode esperar, eu faço contato, vou ver o que pode ser feito. (ENF/ESF2/SJN)

Uma criança foi para Rio Grande, lá na FURG, para ver se conseguia atendimento. A gente fez a nossa parte. Não era nada urgente, mas a mãe ficou preocupada. O médico viu, prescreveu, mas ela foi direto para lá. (ENF/ESF1/SJN)

A gestão reconhece o fato de os casos de judicialização alterarem o fluxo na rede e aumentar os custos com a assistência e os funcionários da regulação procuram formas de relacionamento dentro do sistema para melhor agilizar o fluxo com base nos riscos para organizar a demanda de serviços.

[...] tem casos em que vemos que o processo judicial é que faz andar [...] por que não concedeu o exame ou cirurgia, por que não foi para o especialista ainda? [...] sai do fluxo e aumenta os custos. São questões que não necessariamente tinha que ser aquele caminho, mas as dificuldades de acesso impõem. (C/AB/SJN)

[...] ficamos um dia inteiro em função com uma paciente. Abandonamos todo o resto do serviço para resolver a situação, para que ela não entrasse

na justiça e conseguíssemos dar o atendimento. [...] questões de falta de conhecimento, por um desespero do usuário. (C/AB/SJN)

A procura está maior, a oferta deu uma melhorada, mas ainda tem muitas consultas que a gente procura sempre dar prioridade, para o paciente não ficar aguardando muito tempo. (R1/SJN)

Não temos um protocolo. Colocamos no sistema e conforme o que tem no encaminhamento, eles vão priorizando. [...] tem a 3ª em Pelotas, tem a secretaria de Rio Grande e tem Porto Alegre. (R1/SJN)

Tenho mais contato com o HU através de e-mail, mas só para retorno. Para o ambulatório do HU, a secretaria de saúde de Rio Grande é quem marca. [...] marcam uma consulta com “cardio” na FURG, depois o retorno nós encaminhamos por e-mail. Na FURG temos neurologista. O “traumato” agora a referência é a Santa Casa, sendo que se a Santa Casa não tratar do caso, é encaminhado para FURG. (R1/SJN)

[...] o “cardio” pediatra ou a cirurgia pediátrica que, pela entrada no sistema, é o G-MUS, vai pra FURG e demora, leva tempo para agendar. Se mandar pelo sistema de Porto Alegre, vai dar para consultar na outra semana, bem rápido. (R1/SJN)

[...] o endócrino da FURG está meio parado. Cardiologista tem demanda reprimida. Aí, quando o médico coloca “urgente”, damos prioridade. (R1/SJN)

[...] para o HU, retorno só os pacientes que já saem de lá. Pequenas cirurgias também a gente tem na FURG; cirurgia geral, alguns casos são lá e outros são na Santa Casa. Geralmente encaminhamos Santa Casa, mas se a pessoa entrou pelo Pronto Socorro do HU e precisa fazer uma cirurgia, a gente consegue marcar o retorno desse paciente para revisar. (R1/SJN)

Questões Avaliativas, escores e interpretação da RAS conforme metodologia

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS com olhar a partir do município de São José do Norte/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total desse município.

O município de São José do Norte/RS, Caso 3, obteve escore igual a 31 (trinta e um). Esta pontuação sugere ser a RAS desse município uma rede de atenção à saúde incipiente com capacidade básica para operar.

Os escores obtidos em cada item avaliado encontram-se apresentados no Quadro 08

Quadro 08 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município de São José do Norte/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/ escore
Componente (C)	Questão Avaliativa	São José do Norte/RS
C 1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	2
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	3
C 2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	3
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	0
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	1
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	2
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1
C 3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	2
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0
C 4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	1
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	1
	III) Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	N/A
	IV) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	0
C 5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	2
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	2
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de	0

	análises clínicas ou de imagens?	
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	1
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	2
C 6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	1
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	1
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1
C 7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	2
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	1
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	1
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	1
Total		31

Diário de Campo Estudo de Caso.

Município de São José do Norte/RS

As tratativas para a visitação ao município de São José do Norte/RS foram realizadas com a secretária municipal da saúde via telefone e logo após foi encaminhado, no dia 18 de maio de 2015, via correios, uma carta de apresentação do pesquisador bem como informações sobre os objetivos da pesquisa.

Houve quatro deslocamentos efetivos e uma tentativa de deslocamento ao município de São Jose do Norte/RS. A tentativa sem êxito ocorreu em consequência das condições climáticas que não propiciaram a travessia do canal entre Rio Grande/RS e São José do Norte/RS. No primeiro deslocamento, no dia dois de julho de 2015, estava ocorrendo a transição de gestão, com a troca da secretária municipal de saúde, não sendo possível portanto realizar as entrevistas. O segundo deslocamento foi realizado no dia 15 de julho de 2015, em que foi possível entrevistar três participantes, duas enfermeiras da ESF e a presidente do CMS. No terceiro deslocamento, em 5 de agosto de 2015, foram entrevistados dois médicos da ESF, a coordenadora da atenção básica e a coordenadora de programas de saúde. No

último deslocamento, em 4 de dezembro de 2015, as entrevistas foram realizadas com a representante da gestão e com dois funcionários do serviço de regulação.

Durante o transcurso das entrevistas, 5 participantes reportaram ter realizado sua graduação na Universidade Federal do Rio Grande: Um médico e duas enfermeiras da ESF; a coordenadora de programas de saúde e a secretária adjunta da saúde, ambas graduadas em enfermagem.

8.2.4 O município do Rio Grande/RS. (Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 4)

A **Seção 4** apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão em saúde, com a coordenação da ESF, com o serviço de regulação, com profissionais de saúde e com o presidente do conselho municipal de saúde do município do Rio Grande/RS. Ao final da Seção, apresenta um quadro com as características da rede de atenção à saúde, os escores obtidos e os itens avaliados.

Caminho Metodológico

Conforme metodologia proposta e já anteriormente descrita, procurou-se considerar como “foco” durante a condução da entrevista sete itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde: População (C1); Atenção Primária à Saúde (C2); Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Sistemas de Apoio (C4); Sistemas Logísticos (C5); Sistema de Governança da Rede (C6); e Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passará a ser apresentado o resultado das entrevistas realizadas no município do Rio Grande/RS durante o Estudo de Caso, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTAS

Componente População (C1)

No componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Nesta direção, foi possível identificar que estes dois itens estão contemplados.

Segundo os profissionais de saúde, o município possui 23 unidades da ESF e sua coordenadora destaca a importância de parceria com a instituição de ensino superior para qualificar a assistência. A enfermeira da equipe da ESF descreve o acesso dos usuários à assistência oferecida pela ESF e o serviço de regulação identifica o fluxo territorializado dos encaminhamentos do sistema de referência e contrarreferência.

Atualmente temos 23 unidades da ESF. [...] enquanto serviço, precisamos da ajuda do ensino para fazer os grupos de pacientes e seria muito bom ter uma parceria com a universidade. (C/ESF/RG)

[...] a facilidade é o acesso deles na UBSF. Chegam e consultam com a clínica. Às vezes, devido à queixa deles, a médica já conhece o usuário e faz a referência [...]. (ENF/ESF2/RG)

No município do Rio Grande, temos as Unidades Básicas de Saúde e Unidades Básicas Saúde da Família. Recebemos boletins de referência e contrarreferência, encaminhado por todas [...]. (R/RG)

Ainda segundo os profissionais de saúde, a identificação das necessidades de saúde da população ocorre respeitando a equidade, identificando as subpopulações de risco, articulando com a comunidade e apresentando propostas para atender as necessidades peculiares à população adscrita.

[...] pacientes diabéticos com impossibilidade de locomoção até a unidade, fazemos a glicemia capilar a domicílio. (ENF/ESF2/RG)

[...] temos, como prática, levantar os grupos prioritários. Atualmente estamos identificando os portadores de hepatite C. Faremos uma agenda a esse atendimento, para não precisar encaminhar para o especialista se tiver condição de ser acompanhado na atenção básica. (ENF/ESF1/RG)

[...] um problema é que a maioria são trabalhadores. Se não tem um horário, fica difícil. Apresentamos uma proposta de fazer duas vezes no ano, um sábado de trabalho em saúde do trabalhador. Essa é uma meta da nossa equipe. Essa questão de estar transformando esse sistema é uma coisa que estamos construindo. Isso estimula a gente. (MED/ESF1/RG)

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde. A interação entre as equipes da APS e a atenção especializada bem como a articulação dessas equipes com a comunidade igualmente são importantes neste componente. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A capacidade dos ACS para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade e a existência de conselho local de saúde também qualificam a RAS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto ao acesso aos outros níveis de atenção à saúde, a gestão e profissionais da ESF destacam que a organização do fluxo para assistência ao usuário das unidades de saúde para as consultas especializadas tem facilitado o acesso aos serviços, e que os casos previstos em legislação como o da oncologia tem sido cumpridos.

Sobre este mesmo aspecto, o representante do controle social manifesta sua preocupação quanto aos gargalos existentes para o acesso às especialidades médicas. Destaca, nesse sentido, o fluxo de usuários que parte dos municípios com menos para os de maior capacidade instalada, sobrecarregando os serviços. Aponta como sendo um problema a formação acadêmica mais direcionada à personificação profissional e a busca à superespecialização do que em atender as necessidades básicas de saúde da população.

[...] o município criou um fluxo em que o usuário sai da consulta médica ou de enfermagem encaminhado. Temos um dia da semana na unidade para o agendamento que é feito de acordo com a necessidade. É encaminhado para secretaria que faz o agendamento com as especialidades. Esse é o fluxo tanto para consultas especializadas quanto para exames. (ENF/ESF1/RG)

[...] tem especialidades que funcionam bem. A oncologia se consegue ligar e agendar quando tem um diagnóstico. A saúde da mulher também, ligamos e nos casos mais urgente se consegue. (MED/ESF1/RG)

Na oncologia, tem lei que regula o acesso à consulta¹¹. Uma de minhas funções na central de marcação é fazer essa triagem. (R/RG)

[...] a saúde tem muitos gargalos, um deles é o acesso às especialidades. Os municípios menores não têm estrutura para ter todo o atendimento. Então

¹¹ Lei Nº 12.008, de 29 de julho de 2009. Regula o processo administrativo no âmbito da administração pública federal, a fim de estender a prioridade na tramitação de procedimentos judiciais e administrativos às pessoas que especifica. (BRASIL, 2009b).

buscam em outros municípios onde estão as referências. Para o ambulatório do HU, temos uma demanda muito grande, que vejo como um problema acadêmico. Hoje a academia é organizada para formar profissionais na área do trabalho com valorização da figura do médico. Ela não forma só médicos generalistas; forma especialistas, mas este especialista é caro. (CS/RG)

Há também vários relatos de dificuldades quanto ao acesso aos demais níveis de atenção à saúde, quando referenciados pela atenção básica. Embora esta dificuldade esteja mais relacionada a alguma especialidade, a fragilidade é apontada pelos profissionais de saúde, os quais destacam algumas especialidades como sendo as de maior demanda. O representante do controle social relata ter sido esta uma das questões debatidas na última Conferência Municipal de Saúde. Diante desta mesma dificuldade, a gestão manifesta sua preocupação e responsabilidade em prover a assistência.

As fragilidades apontadas quanto ao acesso a consultas especializadas e cirurgias estão também relacionadas ao deslocamento do usuário até o local de referência existindo inclusive a possibilidade de perder a consulta agendada, e também a questão da judicialização.

A dificuldade é que não temos oferta para todas as especialidades. Para “oftalmo”, a lista de espera é de três anos; “endócrino” é difícil; “reumato” a fila de espera de quatro anos. Então algumas especialidades não tem oferta e isso retém a demanda. (ENF/ESF1/RG)

[...] algumas cirurgias de crianças já houve problema e foi judicializado; mas os casos mais graves conseguimos resolver com o hospital. (MED/ESF1/RG)

[...] cirurgia ginecológica não tem no município, tem que encaminhar para Porto Alegre. A mulher sai do seu município para capital, que não conhece, que nunca foi, ainda para fazer uma intervenção. (ENF/ESF1/RG)

[...] os profissionais nem sempre estão disponíveis em número suficiente para suprir as necessidades. Cria filas, perde a consulta com o especialista, o retorno é prejudicado. A 8ª Conferência Municipal de Saúde apontou isso como necessidade de um novo olhar para esta questão. (CS/RG)

[...] nas Pré Conferências de Saúde, foi evidenciado pelos usuários que eles perdem a consulta, se por algum motivo não puderam ir e que ela não pode ser passada para outra pessoa. Nós, como secretaria, ainda não conseguimos achar uma maneira de poder fazer essa troca de forma a otimizar. Tanto para usuário quanto para própria FURG, são consultas que se perdem. (C/ESF/RG)

[...] a demanda das especialidades e conseguir que as filas andem. Saber que “Dona Maria”, que não tem muitas vezes como chegar aqui e ter a consulta com o médico que ela precisa, com o especialista [...], isso é muito difícil e é uma responsabilidade constante. (G/RG)

Foi possível identificar com relação ao Componente Atenção Primária à Saúde, a fragilidade na interação entre as equipes de APS e de atenção especializada. Embora reconhecendo que não seja de maneira geral, estas fragilidades são referidas tanto pelo gestor como pelos profissionais de saúde.

Entre as dificuldades relatadas estão o quantitativo ofertado que não atende a necessidade da demanda; a possível falta de interação entre os pontos da rede, tal como a central de marcação de consultas e o agendamento para o retorno de consultas especializadas no HU; e igualmente a interação entre os serviços especializados e a ESF.

[...] os referenciamentos para o ambulatório do HU são demorados. A dificuldade do acesso é devido ao número de consultas ofertadas. Tem especialidades que ofertam oito consultas mês, para todo município, não é nada. A procura é maior do que a oferta. (ENF/ESF2/RG)

A dificuldade maior de conseguir consultas especializadas na FURG é se o paciente tem algum problema que não possa ir, ele perde a consulta e não consegue remarcar. Não temos essa integração. (C/ESF/RG)

[...] o pré-natal de alto risco, nós encaminhamos as adolescentes; e quando vamos fazer a busca, verificamos que se não conseguiu para o mesmo mês, a gestante tem que voltar na fila. Não é programado como fazemos aqui na unidade. Ela já sai sabendo o dia que tem que voltar. Isso é uma dificuldade, porque não tem garantia imediata de acesso. (ENF/ESF1/RG)

Uma paciente com câncer ginecológico foi encaminhada, passou quatro meses sem conseguir acesso. Foi conseguir a cirurgia no quinto mês, mas veio a falecer. Mesmo sendo judicializado, não teve retorno imediato. Era uma idosa, diabética e com recidiva de câncer. Tinha todos os critérios para ter prioridade no atendimento e não foi atendida. (ENF/ESF1/RG)

Ainda quanto à integração, é possível perceber que algumas ações estão indo ao encontro de alternativas para minimizar as dificuldades de acesso às especialidades. Estas ações se manifestam seja por contatos telefônicos ou tratativas com a gestão anterior (houve troca da secretária de saúde durante o período do estudo), seja por meio da compra de serviços de forma suplementar ou pela educação permanente, integrando os especialistas do ambulatório do HU e os médicos da equipe da ESF.

[...] urgência oftalmológica que chega ao posto, ligamos para secretaria e eles conseguem uma consulta, pagam uma consulta particular. Mas quando

é uma dificuldade visual, como receita de óculos, tem que encaminhar com boletim de referência e é referenciado para outra cidade. (MED/ESF2/RG)

[...] “endócrino”, até mês passado estava fechada para casos novos. Quando precisamos para paciente diabético descompensado, insulínodpendente que não consegue se manter, as médicas entram em contato direto com o pessoal da residência que está lá no serviço de “endócrino”; eles fazem o acolhimento e dão retorno à unidade. (ENF/ESF2/RG)

[...] para especialidades ambulatoriais, sendo urgente, encaminhamos via telefone e logo que tem o agendamento já mandam a data ou dão previsão. Mas quando é de oncologia, sempre o contato é feito por telefone e no mesmo dia é dado o agendamento da consulta, que muitas vezes já fica para próxima semana ou no máximo quinze dias. (ENF/ESF2/RG)

[...] “otorrino” vem de Bagé, uma vez por semana, atende os pacientes ambulatoriais, mas as cirurgias têm que ser em Bagé. Tentamos conversar com a secretária da saúde antes dela sair para ver se operava aqui na Santa Casa, não conseguimos. É um gasto com deslocamento e os idosos, quando vão colocar aparelho auditivo, vai o acompanhante. (MED/ESF2/RG)

O serviço de educação permanente organiza encontros com a médica especialista da “reumato” que atende no ambulatório do HU. Isso vai ajudar, porque não tem consultas novas de “reumato”. É muita procura e só tem uma especialista no município. Estamos vendo os boletins para ver alguma coisa que pode ser com a “traumato” para tratar, uma artrose [...] ou o próprio médico da ESF para acompanhamento clínico. (MED/ESF2/RG)

Na questão dos especialistas, fazemos um trabalho de educação permanente que é muito interessante e que ao longo do tempo tem sido enriquecedor. [...] é uma parceria com o profissional que está no hospital com a agenda cheia. Eles fazem encontros conosco e conseguimos ter um conhecimento maior daquela especialidade. Eles se dispõem a tirar dúvidas, por telefone inclusive, e conseguimos avançar e ser mais resolutivo. Essa estratégia ajuda a reduzir os encaminhamentos para o hospital. (MED/ESF1/RG)

Um ponto importante a destacar quanto ao Componente da Atenção Primária à Saúde é a articulação das equipes da APS com a comunidade (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Neste sentido, é possível perceber que a relação com a comunidade é manifestada por intermédio dos grupos de pacientes crônicos com atividades de lazer. Surge também relato da existência de dificuldade em manter a articulação em decorrência de reivindicações feitas pela

comunidade e não atendidas. Esta dificuldade é lamentada pelos profissionais de saúde, sobretudo pela consciência da necessidade de manter o vínculo com os usuários.

[...] os hipertensos e diabéticos mensalmente participam de uma abordagem educativa e de entretenimento. Teremos o baile dos idosos com a escolha do rei e rainha, usamos o lazer como promoção de saúde. Após a atividade educativa, os que necessitam, passam pela consulta médica. (ENF/ESF1/RG)

Na primeira sexta-feira de cada mês, fazemos o grupo com crônicos. São todos os pacientes diabéticos e hipertensos que quiserem participar. Às vezes tem brincadeiras lúdicas também. (ENF/ESF2/RG)

Nas reuniões de comunidade, as pessoas vinham, participavam e falavam. As queixas eram por exames e consulta com especialista que demoravam. [...] pedimos intervenção da secretaria de saúde. Teve reunião, mas não solução. Por que a nossa comunidade não vem mais? (MED/ESF1/RG)

[...] tem a questão do vínculo. Não é possível esquecer o paciente, pois no mês seguinte está ali novamente e temos que lidar com a situação. (MED/ESF1/RG)

[...] tenho estagiários de medicina e com as mudanças curriculares eles terão que fazer o primeiro ano da residência na ESF. Não sei como será o vínculo. Quando o paciente está acostumando, vem outro residente. (MED/ESF2/RG)

Pela necessidade de articulação das equipes da APS com a comunidade, é fundamental a participação do ACS exercendo a função de elo entre a equipe e a comunidade. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Nos relatos dos profissionais de saúde e do controle social, os ACS exercem efetiva participação nas atividades com as comunidades. Ação esta também reconhecida pelo serviço de regulação, que as vê no sentido de agilizar o fluxo e facilitar o acesso.

No entanto, no relato da gestão existe a necessidade de repensar sobre o crescente aumento das atribuições conferidas aos ACS, pois isso pode refletir na diminuição da qualidade da assistência desse profissional aos usuários.

[...] o grupo mais efetivo que a gente tem é o de hipertensos e diabéticos. Eles são regularmente acompanhados por toda a equipe e visitados pelos ACS. Isso evita encaminhamentos para o especialista. (ENF/ESF1/RG)

[...] se fizermos o grupo de crônicos somente para convivência e orientação, eles não gostam muito e não vêm. Deve ter a questão de

educação, mas não tão formal. Temos que trabalhar com várias coisas, outros assuntos também. Para isso temos a contribuição dos ACS. (MED/ESF1/RG)

[...] tem o Vida Ativa¹², que faz atividades físicas. As mulheres vêm e também se divertem. Vêm mulheres hipertensas e nos grupos do hiperdia¹³, os ACS mobilizam; nós fazemos algumas atividades; falamos sobre diversos assuntos. A adesão é boa. (MED/ESF2/RG)

[...] temos uma questão a ser refletida que é a do profissional de nível superior que, pela demanda do trabalho, atualmente a burocracia dos serviços de saúde é grande, se afastar cada vez mais dos grupos. [...] aí o nível técnico assume esses grupos. Então o grupo acaba se tornando algo para pensar, para fazer, e o ACS acaba assumindo isso. (C/ESF/RG)

[...] quem faz saúde são os agentes sociais. A população tem que realmente querer ter um papel relevante nessa história e o mais próximo disso que temos no sistema é o ACS. (CS/RG)

[...] nos postos que não são UBSF, nós ligamos para os pacientes, dizendo o dia que tem que buscar no posto a consulta. Na UBSF, nós levamos lá e os ACS entregam para cada paciente. (R/RG)

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde, faz-se necessária a existência de um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto ao CMS, este é visto de maneira geral como um órgão fiscalizador das ações da gestão. Já com referência aos conselhos gestores locais¹⁴, estes são percebidos por parte dos profissionais de saúde como importantes, ao exercerem a atividade de integração entre a comunidade e as equipes da ESF.

Ainda sobre este mesmo aspecto, o representante do controle social está ciente desta atividade fiscalizadora do CMS, mas acrescenta que os conselhos gestores locais estão

¹² O projeto Vida Ativa é desenvolvido nas comunidades de Rio Grande e tem o intuito de promover a prática de atividades físicas, sempre visando a melhoria da qualidade de vida dos usuários do SUS. (RIO GRANDE, 2016).

¹³ O Hiperdia destina-se ao cadastramento e acompanhamento de portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus atendidos na rede ambulatorial do SUS, permitindo gerar informação para aquisição, dispensação e distribuição de medicamentos de forma regular e sistemática a todos os pacientes cadastrados. O sistema envia dados para o Cartão Nacional de Saúde, funcionalidade que garante a identificação única do usuário do SUS. (Brasil, 2016c)

¹⁴ “Conselhos locais de saúde (que possibilitam a proximidade entre a comunidade e os serviços de saúde e as demais organizações do bairro); conselhos de saúde distritais (que cuidam de uma região ou de um distrito sanitário com uma ou mais unidades de saúde e uma ou mais comunidades que guardam entre si identidade geográfica, socioeconômica e epidemiológica).” (BRASIL, 2013c, p. 12)

possibilitando a ampliação do olhar do usuário e conseqüentemente sua participação nas questões da saúde, tal como o empoderamento da população.

[...] nosso conselho é bem participativo. Na gestão, ele é o órgão que fiscaliza e delibera ações de saúde. As pessoas costumam procurar os conselhos locais e também as unidades para ver como funciona o trabalho. Assim conseguimos ter um leque de informações via conselho. (G/RG)

[...] temos 23 unidades de ESF, 17 têm conselhos gestores locais. Essa participação da comunidade no controle social efetiva as nossas ações, porque eles estão sempre nos cobrando quando algo não está bem. [...] o acesso a especialistas é uma coisa que sempre aparece nas reuniões de conselho gestor local. (C/ESF/RG)

[...] o conselho municipal de saúde atua mais no controle. Às vezes solicitam para agilizar a consulta. A justiça também pede para agilizar a consulta para o paciente e tentamos de todas as formas, mas às vezes é difícil [...] o juiz pede “reumato” e ficamos de mãos atadas, porque é quase impossível. (R/RG)

O conselho municipal de saúde não interfere no encaminhamento de usuários para especialidade. Até falam: “os pacientes na rua dizem que demora muito para consultar com gastroenterologista”. O conselho local nos traz a informação e explicamos que tem fila de espera e leva muito tempo. (ENF/ESF2/RG)

Temos o conselho gestor local de saúde [...]. Tanto na minha experiência na gestão como coordenadora e agora como enfermeira da ESF, noto que é uma das maiores demandas dos conselhos, é a dificuldade de acesso às especialidades. Na nossa última Conferência de Saúde, a grande demanda foi a dificuldade de acesso às especialidades. (ENF/ESF1/RG)

Por outro lado, também em relação ao conselho gestor local, houve relatos de profissionais de saúde quanto à falta de interesse da população em participar dos mesmos, exceto quando esse interesse é pessoal. Esta diferença entre os relatos pode ser um indicador de possível disparidade sócio-econômico-cultural e de empoderamento entre as populações residentes nos bairros atendidos pela ESF.

O conselho está muito parado. A aqui tem o conselho gestor local, mas faz meses que não tem reunião. As ACS e o pessoal da residência multiprofissional da FURG ficam esperando e não vem ninguém do conselho. (MED/ESF2/RG)

[...] falamos sobre o conselho nos grupos, mas as pessoas realmente não participam. A gente vê muito interesse político individual, “porque eu posso

entrar quando eu quero no posto, eu posso falar quando eu quero com a médica, pedir minha receita”. (MED/ESF1/RG)

Neste sentido, tanto a gestão como o controle social apontam a necessidade da capacitação e da instrumentalização dos usuários para atuar no controle social, apontando como possibilidade para tanto a atuação conjunta da secretaria municipal de saúde e a universidade.

É uma falha nossa enquanto município e também talvez da FURG como instituição formadora, de não promovermos a capacitação desses conselheiros. Eles precisam saber as políticas públicas [...] devemos capacitar e qualificar as pessoas que são da comunidade para que participem do controle social. (C/ESF/RG)

[...] criar alternativas, tanto na academia quanto na gestão e no próprio controle social para dar sustentabilidade à rede [...]. Primeiro, para formar o profissional; segundo, sustentar e modelar os equipamentos; e depois atender a questão dos usuários e seus representantes no controle social na forma de capacitação. (CS/RG)

O representante do controle social faz também referência aos casos em que os usuários recorrem à justiça, que no seu ver toma uma configuração de “cultura da judicialização”. Neste mesmo sentido, a gestão tece considerações quanto à utilização de processos judiciais para o acesso aos serviços de saúde, levando em consideração a responsabilidade dos demais entes federativos entre os quais o Estado.

[...] vi que o conselho municipal de saúde era um órgão fiscalizador. A população não tinha a quem recorrer e a participação popular era muito tímida. Com a criação dos conselhos locais de saúde, ele se tornou o catalisador dos problemas e o próprio posto de saúde passou a gerenciar. Isso ampliou a visão da população sobre o conselho e sobre seus direitos. [...] nesse processo, o ministério público teve papel fundamental, mas por outro lado hoje, se criou a cultura da judicialização [...] a qualquer coisa já vão recorrer. (CS/RG)

A judicialização é hoje o nosso maior entrave em gasto, porque tem muita coisa que vai para ser judicializada, que não precisaria. Mas reconheço que em alguns casos precisa ser utilizada, principalmente quando o município não tem que arcar com o custo e sim o Estado. (C/ESF/RG)

Notamos hoje, na judicialização, que não é só algo que se precisa urgentemente. Às vezes o acesso ao especialista vai para judicialização; mas o que eu noto, é que para quem precisa, às vezes não chega. O que tem mais acesso na judicialização é quem tem conhecimento, não é a população mais carente que tá na vulnerabilidade. (C/ESF/RG)

O município paga e depois que vai questionar o Estado. Isso diminui os recursos que iriam ser aplicados na rede básica, nas políticas de saúde. Esse dinheiro é usado para pagar outros valores que são judiciais. (CS/RG)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários, é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através de reforço da APS bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Neste quesito, quanto à contrarreferência das consultas especializadas, os relatos não indicaram dificuldades, mas que estas estariam presentes quanto ao acesso aos serviços, conforme anteriormente relatado no componente Atenção Primária.

Quanto ao movimento de substituição, ele existe e repetiremos aqui algumas das falas dos profissionais de saúde já apresentadas, em parte, no componente Atenção Primária à Saúde, por apresentarem conjuntamente as atividades de formação de grupos e a integração com a comunidade.

[...] os hipertensos e diabéticos mensalmente participam de uma abordagem educativa e de entretenimento. [...] usamos o lazer como promoção de saúde. Após a atividade educativa, os que necessitam, passam pela consulta médica. [...] o grupo mais efetivo que a gente tem é o de hipertensos e diabéticos. Eles são regularmente acompanhados por toda a equipe e visitados pelos ACS. Isso evita encaminhamentos para o especialista. (ENF/ESF1/RG)

Na primeira sexta-feira de cada mês, fazemos o grupo com crônicos. São todos os pacientes diabéticos e hipertensos que quiserem participar. Às vezes tem brincadeiras lúdicas também. (ENF/ESF2/RG)

[...] se fazemos o grupo de crônicos somente para convivência e orientação, eles não gostam muito e não vêm. Deve ter a questão de educação, mas não tão formal. Temos que trabalhar com várias coisas, outros assuntos também. Para isso temos a contribuição dos ACS. (MED/ESF1/RG)

[...] tem o “Vida Ativa”, que faz atividades físicas. As mulheres vêm e também se divertem. Vêm mulheres hipertensas e nos grupos do hiperdia, os ACS mobilizam, nós fazemos algumas atividades, falamos sobre diversos assuntos, a adesão é boa. (MED/ESF2/RG)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS e um mecanismo de distribuição racional dos insumos farmacêuticos. Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à assistência farmacêutica, é possível perceber na fala dos profissionais que a dificuldade surge quando o medicamento necessário ao tratamento não consta na lista padronizada, e que para esses casos já existe um mecanismo que direciona para a compra do medicamento pela secretaria da saúde. No entanto, o gestor aponta que esta ação, embora necessária, aumenta os custos e compromete o orçamento da saúde. E que para alguns casos as ações judiciais também contribuem para este desequilíbrio no orçamento.

Quando o paciente precisa e a medicação ainda não está na lista de padronizados, temos nosso “formulariozinho” [...], preenche, entrega e já diz onde tem que ir buscar. (MED/ESF1/RG)

[...] para os medicamentos que não são padronizados pelo SUS, tem formulário que a médica preenche e o paciente vai à secretaria e o município compra. (ENF/ESF2/RG)

[...] hoje temos um gasto significativo. Se formos comparar o que é gasto de medicamento e de ações judiciais, em relação ao que é comprado de medicamento para distribuição de todos os outros usuários do SUS [...], vai desde um paciente que realmente tem uma patologia crônica e que precisa de uma intervenção rápida, como um paciente portador de câncer, que necessite de uma cirurgia. (G/RG)

No que tange à existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras, é possível identificar que, segundo alguns profissionais de saúde e a gestão, iniciativas estão sendo tomadas no sentido de melhorias ao acesso.

Entre as iniciativas descritas encontram-se as que os agendamentos e as coletas de exames são feitos na própria unidade de saúde e que é dada prioridade para os exames de gestantes e possíveis urgências, bem como o justo benefício aos usuários do interior do município, que não mais precisam deslocar-se até a sede para coleta e recebimento de resultados dos exames. Foi relatada ainda a existência de uma interação com o HU, no sentido

dos encaminhamentos de usuários da ESF para internação hospitalar e investigação para fins diagnósticos, quando se trata de supostos casos mais graves.

Os exames laboratoriais são coletados aqui na unidade e entre 15 e 20 dias retorna. Gestante tem prioridade e, se tem um caso urgente, conversamos com o pessoal e conseguimos encaixar no dia da coleta. (MED/ESF1/RG)

[...] os agendamentos e requisições de exames ficam na própria unidade. Isso facilitou muito para os usuários, porque ele consulta na unidade de saúde. O exame dele fica lá e depois um profissional do nosso centro de marcação vai e recolhe os boletins. (G/RG)

Muitas unidades do interior, que tinham dificuldades de vir até aqui, não tem mais esse problema. Não só a ESF, mas todas as unidades; e acredito que dessa forma tenham melhor o acesso. (G/RG)

[...] quanto a exame, quando tem um caso mais grave, o HU nos ajuda. Fazemos o encaminhamento para uma internação hospitalar; na maioria das vezes conseguimos; aí é feita a investigação. (MED/ESF1/RG)

No entanto, é possível também perceber a existência de fragilidades quanto à agilidade para o retorno dos resultados dos exames, o que dificulta aos profissionais de saúde subsidiar diagnósticos.

[...] tem exames que gostaríamos de ver no dia, mas não dá. Tem que encaminhar para o pronto atendimento, porque não temos Raios-X, hemograma ou EQU na hora. Isso atrapalha a nossa conduta e sobrecarrega o pronto atendimento. Está faltando um meio termo no sistema. (MED/ESF1/RG)

Os relatos dos profissionais de saúde também descrevem a dificuldade em dar resolutividade aos casos atendidos na ESF bem como o fluxo do usuário na rede.

Esta dificuldade quanto ao fluxo manifesta-se no sentido de que em determinado momento, por inexistência de estrutura no serviço ambulatorial, o usuário é encaminhado do ambulatório de determinada especialidade para a atenção básica que encaminha para o hospital, onde então é realizado o procedimento necessário, retornando ao serviço ambulatorial.

É angustiante não ver resolução. O usuário chega com dor e temos que avisar que aqui não podemos pedir alguns exames especializados. Então tem que referenciar, fica naquela fila de espera. [...] atualmente a “endócrino” da FURG não tem “oftalmo”; então os pacientes que eles atendem encaminham para nós da ESF para encaminharmos para o hospital fazer o fundo de olho. [...] vem de lá, agenda consulta aqui. Isso vai agravando o quadro devido à demora, principalmente no paciente diabético. (MED/ESF2/RG)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos, é importante verificar a existência de uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário; se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real. E, se o sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

A elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS) são parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular, o município conta com 17 unidades da ESF que utiliza prontuário único para cada família, organiza grupos para atender as demandas de pacientes portadores de doença crônica, sobretudo identificando subpopulações por riscos. A existência destas atividades já foi apresentada nos três primeiros componentes acima descritos.

Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, é possível perceber a existência de uma estrutura voltada para esta finalidade, inclusive com um setor de viaturas, onde o próprio usuário acessa e após aguarda o comunicado de sua solicitação. É possível observar que, quanto ao aspecto transporte, este foi manifestado por dois participantes, um profissional da saúde e um funcionário do serviço de regulação.

Rio Grande/RS é um município de referência aos demais da microrregião litoral lagunar; portanto esta questão foi mais mencionada pelos participantes dos outros municípios da microrregião. Quanto ao transporte dentro dos limites do município, as considerações feitas pelos participantes indicam que o fluxo atende as necessidades.

[...] “oftalmo”, a referência é Pinheiro Machado. Quando é necessário deslocamento no próprio município, o paciente vai ao setor de viaturas e agenda. “Tenho consulta e não posso me locomover”; ou “minha mãe tem deficiência e não pode caminhar”. (R/RG)

[...] se precisa consultar em outro município, vai à secretaria da saúde e solicita. Quando eles têm a data da consulta, ligam para unidade com até quatro dias de antecedência e avisam que o paciente terá que ir pegar a passagem ou então para dizer que o micro-ônibus vai passar na rota e

horário. Se for pessoa que tem dificuldade de locomoção, um idoso ou criança tem direito à acompanhante. (ENF/ESF2/RG)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

No Componente Sistema de Governança da Rede, é importante verificar se este componente “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”. A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede.

A governança da rede é descrita pelo gestor, pelo serviço de regulação, pelos profissionais de saúde e pelo controle social que destacam algumas facilidades e dificuldades desse processo.

Entre as facilidades apresentadas, encontra-se a relação entre o serviço de regulação e as unidades básicas de saúde do município que utilizam boletins de referência e contrarreferência. Esta facilidade também está presente na relação com os ambulatórios de especialidades dos dois hospitais da cidade com os quais a regulação da demanda é realizada por agendamento conforme contratualização.

[...] em Rio Grande, temos as Unidades Básicas de Saúde e Unidade Básica de Saúde da Família. Recebemos os boletins de referência e contrarreferência, encaminhados por elas, pelo médico. Eu faço a triagem para separar por especialidades. Das unidades de saúde vem para central de marcação de consultas. Nós recebemos, triamos, e fica na espera. Quando há do hospital universitário e da Santa Casa, nós agendamos de acordo com o contrato de cada hospital. (R/RG)

[...] sempre seguimos o protocolo, através do G-MUS e do SISREG. Quando é para a funcionária que agenda no HU, eu informo: “esse paciente é prioridade”. (R/RG)

Tenho alguns protocolos, e boletins na espera. Ano passado recebi 50 mil pedidos de consultas. Em 2014, 50 mil consultas, dos 34 postos de saúde, contando com dois UBS, dois 24 horas, que são Cassino e Parque Marinha, os UBS e os UBSF. (R/RG)

A relação do serviço de regulação da secretaria municipal da saúde de Rio Grande/RS, com as centrais de regulação de outros municípios, também é mencionada, e que esta relação

na maioria dos casos é realizada com a utilização de sistemas informatizados: SISREG¹⁵ e G-MUS¹⁶. E seguindo contratualização regional, mas que no entanto também são realizados contatos por e-mails, reforçando a necessidade de urgência no atendimento da demanda.

As centrais de marcação dos municípios entram em contato com a nossa central, onde tem um profissional responsável por isso. Ela recebe os e-mails e, de acordo com as demandas estabelecidas por contratualização regional, ela vai encaixando os municípios juntamente com o nosso município para realizar o agendamento. (G/RG)

[...] todas as especialidades são pelo G-MUS, exceto oncologia e traumatologia, que é pelo SISREG, outro sistema do Ministério da Saúde, que é pela secretaria do Estado. Os municípios da Terceira Coordenadoria de Saúde se comunicam diretamente conosco através do GEMUS. Colocam no sistema, pedindo a especialidade, o que o médico pediu, o motivo do encaminhamento, se é prioridade e se é retorno. (R/RG)

Os secretários de saúde dos municípios entram em contato com a secretária de saúde do nosso município e agilizamos de acordo com a demanda. Não podemos passar por cima do estabelecido pela secretaria do Estado, mas sendo prioridade, eles mandam e-mail para o nosso serviço, e também pedem pelo GEMUS. Fora do município, nós temos a PPI, é 3ª Coordenadoria de Saúde que regula. [...] tem as especialidades no protocolo, onde consta cada especialidade. (R/RG)

Foi também mencionado pelo controle social, que embora o fluxo esteja bom, existem alguns equívocos por parte dos usuários de outros municípios que acessam os serviços de saúde em Rio Grande/RS de forma não convencional.

Eu acho que o fluxo das referências é bom. [...] tem alguns casos que, devido a proximidade com Santa Vitória do Palmar e São José do Norte, o fluxo se confunde. [...] eles vêm consultar aqui sem serem referenciados e não sabemos quem é Rio-grandino. (CS/RG)

Foram relatadas dificuldades de acesso a determinadas especialidades por indefinição quanto à manutenção dos contratos de trabalho com os profissionais especialistas. Dificuldade esta, segundo o controle social, que pode ser atribuída, em parte, à formação acadêmica dos profissionais médicos que está mais voltada à especialização do que à atenção básica à saúde.

¹⁵ O SISREG. Sistema on-line desenvolvido pelo Departamento de Informática do SUS/MS (DATASUS) é integrado com o Cartão Nacional de Saúde. Esta integração visa agilizar e garantir qualidade ao processo de regulação nacional, dando assim uma maior credibilidade aos dados dos pacientes atendidos. (BRASIL, 2015b).

¹⁶ Gestão Municipal de Saúde (G-MUS) foi concebido para auxiliar na gestão de Secretarias Municipais de Saúde. O sistema G-MUS integra não só a parte administrativa como também todas as unidades de atendimento em saúde. O sistema auxilia nas ações e dá suporte ao trabalho, bem como o total controle aos seus gestores. (G-MUS, 2015).

Tem especialidade que não se consegue encaminhar. Atualmente é oftalmologia. Tinha, até o ano passado, mas o contrato não foi renovado; então esse ano não conseguimos encaminhar ninguém. (MED/ESF2/RG)

Faz seis meses que não tem “oftalmo”. A secretaria contratou fora do município e manda nos ônibus. A referência é Pinheiro Machado”. (R/RG)

Os municípios não têm estrutura para pagar especialistas. Então este profissional vai buscar onde paga melhor. O “Programa Mais Médicos” se deu por causa disso. [...] os profissionais estavam acostumados a atender poucas fichas, mas hoje nós temos ESF, que o médico tem que ficar 8 horas. Aí eles pensam: “Vou ficar oito horas lá e vou ganhar tanto, desse jeito eu não quero”. Como é que vamos segurar esse profissional aqui, uma vez que a academia já forma profissionais especialistas para sair? (CS/RG)

Dificuldades também foram mencionadas quanto à marcação de consultas de retorno a especialistas e ao absenteísmo de usuários nas consultas. A dificuldade de marcação para retorno foi atribuída à descentralização do agendamento por não ser realizado na central de marcação e sim diretamente no ambulatório de especialidades do HU. Quanto ao absenteísmo, este surge muito relacionado ao descompromisso do usuário em comparecer à consulta e avisar da impossibilidade bem como o tempo hábil entre a informação de impossibilidade e o remanejo para outro usuário.

[...] antes havia centralidade dos agendamentos das especialidades. Hoje a organização dos agendamentos, grande parte das especialidades, é na secretaria, mas o retorno é direto no HU, direto na especialidade. Isso faz com que não haja regulação. (ENF/ESF1/RG)

Diferente da central de marcação de consultas do município, que avisando com antecedência, eles conseguem agendar para outro dia e passar aquela vaga para alguém que precise. Na FURG, a gente não tem esse acesso. (C/ESF/RG)

O índice de absenteísmo é alto. O paciente confirma, faz o agendamento, confirma que virá e não comparece. Nós não temos tempo hábil para encaixar outra pessoa. Porque não tem como avisar. Às vezes é questão de apenas uma hora para o outro paciente conseguir vir. Precisamos ver uma forma de modificar isso e ver por que ainda há isto durante uma marcação de consulta regular. (G/RG)

Atualmente tem dado alguns problemas na questão de que os usuários aqui de Rio Grande que são referenciados. A consulta é marcada e depois não aparecem. (CS/RG)

Nesta mesma direção, outra questão colocada como dificuldade é a do gerenciamento da rede de atenção à saúde, em que serviços são criados, mas sem a interconexão necessária para garantir o fluxo do usuário no sistema.

[...] os serviços são criados tanto na atenção básica, como no nível especializado, mas não há gestão da rede. Acho que é aí que está a falha de não evoluir o sistema. Não adianta criar serviços, se não tiver quem gerencie o fluxo com a implementação de protocolos e regulação. Fazemos a gestão do cuidado no território, mas como os dispositivos vão se articular? Não avançamos na questão da integralidade, porque não existe a gestão de rede. (ENF/ESF1/RG)

Os casos de judicialização da saúde também foram referidos como um problema a ser equacionado, seja quanto aos custos, seja quanto à definição de responsabilidades dos entes federativos. Neste sentido, a gestão relata que já houve tratativas com o poder judiciário no sentido de discutir sobre o que deve ser tratado como urgência e receber prioridade no atendimento.

[...] procedimentos de alta ou média complexidade, que é responsabilidade estadual, mas que o município acaba sendo o corresponsável e arcando com as despesas. Temos um gasto significativo também, com as comunidades terapêuticas, com internações compulsórias para tratamento de dependência química. (G/RG)

Já tivemos conversas com o judiciário e se abriu possibilidades para discussão. Teve uma resposta boa da promotoria e da defensoria pública e temos conseguido ponderar o que deve ser urgência para o município arcar. (G/RG)

Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS e se esta avaliação contempla as realizadas pelas pessoas usuárias. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Neste sentido, os relatos apresentam pelo menos quatro formas de avaliação. A exercida pelo controle social auxiliando a gestão; a realizada pela própria equipe sobre suas necessidades e, nesse particular, por ser uma unidade de saúde que recebe acadêmicos dos cursos de medicina e enfermagem, a avaliação também ocorre sobre este aspecto; e a avaliação do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) do Ministério da Saúde; e por fim pela ouvidoria.

[...] o controle social sempre avaliando, e isso efetiva um pouco nossas ações, porque temos eles sempre nos cobrando quando algo não está bem. Avaliamos também pelo PMAQ. (C/ESF/RG)

Além da avaliação pelo PMAQ, em nossas avaliações concluímos que, quanto à educação permanente, não adiantaria fazerem uma capacitação para nós com as coisas que são possíveis somente na alta complexidade.

Elas têm que vir do nosso olhar e isso é uma grande dificuldade que estamos superando aos poucos. Outra coisa também é que esse ano a gente está vendo o resultado da troca do currículo, onde a relação médica, medicina de família entraram para o currículo. Os alunos chegam aqui entendendo, valorizando, e querendo participar. (MED/ESF1/RG)

Tem a ouvidoria. Quando os usuários acham que está demorando, eles vão ali e conversam na ouvidoria do SUS. Temos uma funcionária que faz essa parte gerencial, de responder as reclamações. (R/RG)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde; se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede; se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, é possível perceber pelos relatos já descritos em relação às atividades das equipes da ESF.

No entanto, a questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta, embora a conduta usual seja a de seguir protocolos, existem casos de busca inadequada pela entrada no sistema, seja por escolha do usuário em procurar os hospitais preterindo as unidades de saúde, seja pela judicialização.

[...] tentamos mandar para fora do município; se é um caso grave nós mandamos pela assistente social. Quando é no HU, pedimos que o médico coloque a justificativa do porquê que não tem aquele procedimento no hospital, ou não tem um profissional para atender aquele tipo de situação, e colocar o tipo da doença que ela vai mandar para Porto Alegre, para Pelotas, ou onde tiver oferta. (R/RG)

As centrais de marcação dos municípios entram em contato com nossa central de marcação, onde tem um profissional responsável por isso, além da nossa profissional que fica responsável pela marcação com os especialistas. Ela recebe esses e-mails e, de acordo com as demandas estabelecidas por contratualização regional, ela vai encaixando os municípios juntamente com o nosso município de Rio Grande para realizar o agendamento. (G/RG)

A população sempre foi procurar a Santa Casa, então por que eu vou lá na unidade básica se eu posso ir na santa casa. (CS/RG)

Às vezes a secretaria de saúde paga a consulta particular e também o retorno. [...] tem que obedecer a ordem judicial. É dado um prazo e tem que responder. (R/RG)

Hoje a judicialização da saúde é tese no Brasil inteiro. O que se vê é um caminho, um atalho que se criou, não generalizando; mas hoje muitas pessoas, acabam procurando um atalho. Isso favorece ao usuário e prejudica da seguinte forma; favorece ao passo que ele consegue realmente antecipar aquilo ao que ele se propõe: uma consulta ou um exame. E prejudica porque tem muitos pacientes que às vezes tem uma situação, um prognóstico mais grave e que acaba sendo prejudicado, que aquele paciente judicial acaba passando em sua frente, por uma medida que nós temos a obrigação de cumprir. (G/RG)

[...] quanto à judicialização, notamos que não é só algo que se precisa urgentemente. Às vezes o acesso ao especialista vai para judicialização, mas realmente para quem precisa, às vezes não chega. O que tem mais acesso na judicialização é quem tem conhecimento, não é a população mais carente, que está na vulnerabilidade. (C/ESF/RG)

É possível também perceber tensão no sistema impulsionando os profissionais a intervir no interesse de ver seus pacientes atendidos.

[...] tive um paciente, estava esperando retorno para “gastro” desde 2012. Ele trouxe uns papéis e deu para eu preencher para ele entrar na justiça. Então liguei para CEREG, informei o caso [...]. Eles me afirmaram que para aquele mês não daria, mas garantiram que no mês seguinte daria. [...] falei para o paciente, ele aceitou e a consulta veio mesmo. Então a gente tenta por um lado ou por outro [...]. (MED/ESF2/RG)

[...] um “reumato” [...], e aí ligamos, pedimos por favor, atende esse caso, porque senão as coisas não andam. Então realmente ver acontecer precisasse de um esforço que talvez pudesse usar em outra coisa e que tem que estar investido naquilo de várias maneiras para poder ver resultados. (MED/ESF1/RG)

Questões Avaliativas, escores e interpretação da RAS conforme metodologia

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs, (OPAS, 2010; MENDES, 2011) com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS, com olhar a partir do município

de Rio Grande/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total desse município.

O município do Rio Grande/RS, Caso 4, obteve escore igual a 56 (cinquenta e seis). Esta pontuação sugere ser a RAS desse município como uma rede de atenção à saúde avançada com capacidade razoavelmente boa para operar.

Os escores obtidos em cada item avaliado encontram-se apresentados no Quadro 09

Quadro 09 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde município do Rio Grande/RS. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/ escore
Componente (C)	Questão Avaliativa	Rio Grande/RS
C 1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	3
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	3
C 2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	3
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	1
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	3
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	3
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1
C 3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	3
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	1
C 4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	2
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	2
	III) Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	N/A
	IV) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	1

C 5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	3
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	3
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	1
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	3
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	3
C 6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	2
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	2
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	1
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	2
C 7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	3
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	3
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	2
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	2
Total		56

Diário de Campo Estudo de Caso. Município do Rio Grande/RS

No período das tratativas com o município do Rio Grande/RS, o primeiro contato foi realizado com a secretária adjunta da saúde via telefone e logo após foi encaminhado via correios uma carta de apresentação do pesquisador bem como informações sobre os objetivos da pesquisa. Os demais contatos foram realizados via telefone ou pessoalmente entre o pesquisador e os participantes, momento em que foram combinados os encontros para realização das entrevistas.

A entrevista com o presidente do CMS ocorreu em 16 de julho de 2015, com o mesmo na sala de reuniões da Prefeitura Municipal do Rio Grande/RS. Já como o serviço de regulação, em 20 de julho de 2015, na secretaria municipal de saúde.

As entrevistas com os profissionais de saúde ocorreram em suas unidades de saúde, na seguinte cronologia: em 9 de setembro de 2015, com a enfermeira da ESF2; em 10 de setembro de 2015, com a enfermeira e com a médica da ESF1; em 11 de novembro de 2015, com a médica ESF2.

Com a gestão, a entrevista ocorreu na sala da secretária adjunta da saúde em 15 de setembro de 2015; com a coordenação da ESF, na secretaria municipal de saúde em 25 de novembro de 2015.

Durante o transcurso das entrevistas, 7 participantes manifestaram ter realizado sua graduação na Universidade Federal do Rio Grande. Duas médicas e duas enfermeiras da ESF; a secretária adjunta da saúde, a coordenadora da ESF e o funcionário do serviço de regulação. Estes três últimos graduaram-se em enfermagem.

8.2.5 O Ambulatório do Hospital Universitário (Unidade Integrada de Análise 2)

A **Seção 5** apresenta a transcrição das entrevistas realizadas com a gestão e com a coordenação do ambulatório de especialidades e com o serviço e regulação do Hospital Universitário (HU/FURG).

Caminho Metodológico

Conforme metodologia proposta, já anteriormente descrita e com a adequação do instrumento para a entrevista após a realização do Estudo de Caso-Piloto (Apêndice A), procurou-se considerar como “foco”, durante a condução da entrevista, 4 itens quanto aos elementos ou componentes da Rede de Atenção à Saúde: Componente Atenção Primária à Saúde (2); Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); Componente Sistema de Governança da Rede (C6); e Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7).

Por conseguinte, passaremos a apresentar o resultado das entrevistas realizadas no Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., no município do Rio Grande/RS, seguindo os itens considerados como “foco” para a entrevista.

ENTREVISTAS

Componente Atenção Primária à Saúde (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde (C2), a referência da APS ser um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde, bem como a interação entre as equipes da APS e a atenção especializada. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a enfermeira responsável pelo ambulatório de especialidades do HU destaca que a organização do fluxo para assistência ao usuário das unidades de saúde para as consultas especializadas tem facilitado o acesso aos serviços. No entanto, manifesta sua preocupação quanto à demora entre o encaminhamento do usuário e a efetiva realização de sua consulta.

Refere-se ainda sobre ao fluxo do repasse das informações entre a secretaria de saúde e o ambulatório do HU:

A central de regulação de consultas que temos no município é algo bom e acabou com uma imagem bastante desgastante que era a formação das filas. (C/AMB/HU)

[...] o médico da unidade básica preenche o formulário de referência e encaminhando para uma especialidade. Este documento vai ser entregue para central de regulação, e isso muitas vezes demora. Os usuários falam que esperam consultas até dois anos. (C/AMB/HU)

Parece que algo foge do controle, porque a gente vê pessoas que foram referenciadas para especialistas há três meses, que já estão consultando e vem aquele te dizer que está há um ano em aguardo e não acessou ainda a sua consulta. (C/AMB/HU)

[...] o usuário espera uma data para ir ao especialista e não é para aquela especialidade, embora sejam os sintomas sugestivos. As agendas são abertas mensalmente. A secretaria repassa para nós que distribuindo nas diversas consultas disponibilizadas. Acredito que seja neste momento onde se prepara esse material para haver o contato com o hospital e agendamento. É que precisaria ter outro tipo de organização para que isso não aconteça. (C/AMB/HU)

Preocupação esta também compartilhada pela direção e funcionária do serviço de faturamento do HU que faz ações de regulação na instituição.

A Vice Diretora do HU refere a dissociação entre a atenção básica e a atenção terciária tanto quanto ao encaminhamento quanto à procura espontânea dos usuários ao serviço. A funcionária do serviço de faturamento do HU faz menção à questão do encaminhamento em desacordo com a especialidade. No entanto, atribui o fato a um possível desencontro de informações no fluxo entre a unidade de saúde e o serviço de regulação.

Creio que há uma dissociação entre a atenção básica e a atenção terciária. Muitas vezes os pacientes são encaminhados ou chegam até o hospital, sem ter passado pela atenção básica. (G/HU)

Há um desconhecimento do cidadão ou um descaso para com o atendimento que é prestado nas unidades básicas, [...] acham que lá eles não têm as suas demandas atendidas de forma plena. (G/HU)

Referência e contrarreferência é muito importante e de alguma forma o município tentou se organizar. É claro que não gostamos de ter aquelas filas, ter pessoas aguardando às vezes no frio, na chuva. Mas, observamos que tem algumas falhas nessa referência. (R/HU)

Às vezes o paciente vem numa agenda que não é para aquela especialidade, não sabemos se é na hora da marcação, ou se é no posto que acontece. Penso que não é no posto, porque o paciente quando sai dali, já está com o encaminhamento. Acho que o desencontro ocorre na organização da marcação de consultas, na regulação. (R/HU)

Ainda no item Componente Atenção Primária à Saúde quanto à necessidade da existência de um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Neste quesito, a percepção dos participantes que representam o HU a respeito da eficácia do CMS varia entre “grande importância” e “pequena”.

O conselho municipal tem uma grande importância nesse tipo de atendimento. Eles vêm com o problema, tentam tudo através da direção, daí passa na direção e eles vêm aqui para o paciente ser atendido. Eles tentam conseguir alguma coisa através do conselho. (R/HU)

A participação do controle social ainda é pequena. Vejo o CMS como sendo fundamental e temos aqui na gestão uma boa interface com eles, mas também o vejo pouco solicitado pelo cidadão. (G/HU)

Talvez o cidadão desconheça seus direitos no SUS. [...] acho que precisamos educar a população para saber quais são as vias de atendimento do SUS. [...] o cidadão não sabe como utilizar. (G/HU)

[...] como enfermeira há muitos anos responsável pelo ambulatório, nunca fui procurada para conversar sobre isso com o conselho municipal de saúde. Sei que o grupo que faz a fiscalização visita e cobra da instituição o melhor para o usuário. Sei que o conselho faz este papel [...]. (C/AMB/HU)

Estas percepções são atribuídas em parte ao desconhecimento da população em geral sobre o SUS, o que poderia ser um fator de sua não participação nas questões do controle social e conseqüentemente a utilização inadequada do sistema, passando pela não discussão das questões relativas ao acesso dos usuários à média complexidade com os atores chave deste fluxo.

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

Quanto ao Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3), existe a importância de verificar a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Não foram relatados casos de dificuldade quanto à contrarreferência no sentido de documentação, informando o estado de saúde do paciente avaliado. No entanto, parece surgir outro tipo de dificuldade quanto à utilização de instrumentos operacionais eficazes. Qual seja a desarticulação entre os níveis de atenção à saúde.

Se precisar na rede, dependendo do tipo de exame, principalmente os imagiologia, vão levar senão semanas, um mês. Então é essa a sensação que temos em relação aos usuários do SUS. Eles procuram já o hospital. (G/HU)

[...], o laboratório de análises clínicas fica sobrecarregado, porque as coisas poderiam ter sido melhor encaminhadas por outros serviços e o especialista poderia se ater àqueles que são mais específicos. (C/AMB/HU)

[...] o cidadão, que era o 45º da fila, permanece dois anos nessa posição, porque passou a serem urgência; outros, que estavam na fila em posição após a dele. [...] acontece de ele piorar em detrimento de não ter sido atendido no momento mais adequado. Então, o que era eletivo passa a ser uma urgência e o cidadão se vê lesado e entra com a judicialização. (G/HU)

Esta desarticulação está associada a não informação ou a não recomendação às equipes da Atenção Básica sobre o manejo necessário da condição clínica do usuário enquanto este aguarda pelo procedimento de maior densidade tecnológica. Esta desarticulação possivelmente contribua para o aumento da demanda no pronto atendimento dos hospitais, nos laboratórios de análises clínicas, e nos casos de judicialização.

Não se descarta ainda a possibilidade de ser a falta de conhecimento sobre o fluxo da referência e contrarreferência por parte dos profissionais de saúde uma das causas dessa

desarticulação. Ou ainda, a outros fatores que de alguma forma ocasionam a falta dos usuários às consultas previamente agendadas, configurando um considerável índice de absenteísmo.

[...] temos uma grande demanda de pacientes oncológicos, vascular e com doenças do sistema nervoso que muitas vezes precisam de intervenção cirúrgica e que depois nós temos que referenciar para outro serviço, porque eles foram inadvertidamente referenciados [...] uma vez que chegou e foi atendido, nós os acolhemos. (G/HU)

[...] precisamos rever. Saúde é uma coisa séria, assim como educação é uma coisa séria. Então, se tivermos educação dos profissionais da área da saúde, vamos conseguir ter mais qualidade. [...] se não funciona, é porque pessoas não estão devidamente treinadas, não estão devidamente educadas para fazerem que se possa cumprir um processo de referência e contrarreferência. (G/HU)

Vemos com frequência o grande número de pacientes faltosos. [...] disponibilizamos para o município um número "X" de consultas e, às vezes, os pacientes faltam, não comparecem, ou, comparecem em dias que não é o dia marcado, agendado. (R/HU)

Observo o absenteísmo mais com os pacientes de Rio Grande. Os que vêm de outros municípios, geralmente o contato é feito através da regulação. Acho que vai através de e-mail. Eu não sei como é que eles fazem, mas as maiores frequências são dos pacientes do município. (R/HU)

Já tivemos caso de judicialmente conseguir a consulta e o usuário não comparecer; casos judiciais em que o usuário conseguiu consulta e faltou por problemas no encaminhamento. (C/AMB/HU)

A direção do HU aponta como fragilidade a ausência de critérios para encaminhamento de usuários ou a sua procura pelo atendimento no HU. Mas que ainda assim, uma vez o usuário tendo acessado o serviço ele é acolhido. Relata ainda a existência de casos em que os usuários buscam atendimento diretamente no HU por entenderem que ali terão seus pleitos melhor atendidos, procura esta talvez por desconhecimento por parte do usuário do potencial da rede de atenção básica.

O HU recebe até de outros profissionais, que não da rede, mesmo quando não somos referência. O HU não é referência de vascular nem de oncologia. [...] vemos que em nossas enfermarias, o número de pacientes oncológicos perpassa em muito o nosso objetivo, que é atender pacientes com doenças crônico-degenerativas, infecto-parasitárias, infecciosas, ou a questão materno-infantil que é uma característica do HU. (G/HU)

Esta fragilidade pode estar associada à falta de interação e informação entre as equipes da APS e a atenção especializada, pois ao HU são encaminhados até mesmo pacientes portadores de patologias para as quais o hospital não é referência.

Ao encontro de superar o impasse da desarticulação, existem ideias e tentativas no sentido de reorganizar o fluxo de demanda, seja informando a população, seja pela expectativa na informatização do sistema.

Criamos a cartilha do HU na tentativa de fazer com o que o cidadão saiba como e onde procurar atendimento. Ainda assim observamos que eles querem entrar pelo SPA, porque é a forma mais rápida, no seu entendimento, para chegar à unidade que vai lhe dar resolubilidade. (G/HU)

Acho que existe uma necessidade de reorganização no município; talvez a informatização de todos os postos fosse ajudar. Vemos que o usuário sai prejudicado, porque às vezes ele tem que voltar no posto, porque não tem como remarcar essa consulta por aqui, ou até mesmo retorna para o município de origem sem a consulta. (R/HU)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

Quanto ao Componente Sistema de Governança da Rede (C6), é importante a verificação se a contratualização dos prestadores de serviços está sendo observada neste componente da rede. (OPAS, 2010; MENDES, 2011).

Segundo os participantes, não obstante as dificuldades de acesso aos serviços de saúde existem também as dificuldades geradas pelos tensionamentos ao sistema por parte dos diversos atores envolvidos na rede de atenção à saúde.

Os usuários tensionam diretamente o serviço de saúde até mesmo quando este não é a referência pactuada. O profissional, ainda que com critérios técnicos, o faz internamente no fluxo do serviço. E o gestor tensiona, recorrendo a autoridades constituídas para bem de o sistema funcionar.

[...] o usuário tenta de todas as formas. Ele recorre ao seu município de origem e, na maioria das vezes, não está referenciado a isso. [...] eles sempre fazem tentativas; às vezes tentam buscar através do próprio setor da recepção, do SPA, da traumatologia, ou do próprio agendamento e, muitas vezes, tentam contato direto. Com frequência isso acontece. (R/RG)

[...] procuram a instituição, como não conseguem através da secretaria, aí eles fazem contato com o hospital ou quando realmente necessário, eles vão à busca do profissional. (R/HU)

Isso tudo acarreta muito tempo do ambulatório. Muitas vezes os pacientes têm dificuldades e fazem uma pressão para que nós, que estamos na ponta, possamos dar outro direcionamento, e ficamos muitas vezes impossibilitados para tal, embora tentando. (C/AMB/HU)

[...] há vezes em que, diante do que o paciente está trazendo e do nosso olhar clínico a ele, converso com o médico para compartilhar essa necessidade e então o paciente é atendido como extra. Estou falando especificamente da minha pessoa [...], procuro ser bastante criteriosa, porque os médicos sabem que, se a enfermeira pediu, é porque é preciso; então, consigo acessar de forma diferenciada e com responsabilidade, quando tenho ciência do caso. (C/AMB/HU)

[...] muitas das vezes, acionando o próprio secretário da saúde do Estado, falando diretamente para que ele possa intervir. É nesse sentido que não deveria acontecer, porque as vias são claras e delineadas, mas não funcionam. (G/HU)

Como gestora, aprendi o quão difícil é referenciar. Nem sempre pelas vias de direito conseguimos. Há vezes em que temos de utilizar a força política, falando diretamente com quem está acima da nossa capacidade para poder resolver. (G/HU)

Quanto a cirurgias ginecológicas, por falta de profissionais que exerçam essa atividade no nosso município, temos um problema muito sério. Sobretudo levando-se em consideração que no Estado temos um grande número de casos de câncer de mama. Esses profissionais estão nos grandes centros e isso impacta lá também. (G/HU)

É possível perceber que além dos tensionamentos descritos, a direção do HU relata também a dificuldade em atender os usuários, quando o HU não dispõe do profissional em determinada especialidade, destacando, sobretudo, a necessidade de dispor dessa especialidade, levando em consideração dados epidemiológicos que indicam para tal.

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

Quanto ao Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7), é importante verificar se utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta. (OPAS, 2010; MENDES, 2011). Segundo os participantes do estudo:

A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta, embora a conduta usual seja a de seguir protocolos, existem casos de busca inadequada

pela entrada no sistema seja por escolha do usuário em procurar os hospitais preterindo as unidades de saúde, seja pela judicialização.

Quando tem uma demanda inicial, isso é encaminhado para o hospital e à direção do ambulatório. Às vezes o contato é com a secretaria também e isso passa pelo setor de faturamento. Eu faço o contato com os profissionais e eles encaixam na agenda a cirurgia, ou a consulta. (R/HU)

[...] dependendo da especialidade, da espera ou da necessidade do paciente, aí vem a judicialização. (R/HU)

Pessoas que tiveram encaminhamento para determinada especialidade e que na dificuldade, na espera exaustiva, acabou fazendo a opção por judicialização. Acho que isso protege de uma maneira muito importante o direito do cidadão. (C/AMB/HU)

O maior quantitativo de judicializações no período que estou como diretora do HU, foi no serviço de traumatologia-ortopedia. O cidadão sabe que precisa colocar uma prótese, mas ele não é uma urgência. No entendimento do serviço, sempre a cirurgia de urgência vai ser contemplada mais imediatamente que a eletiva. (G/HU)

[...] esta questão da judicialização, tem aqueles mais informados, com capacidade melhor de se organizar que acabam muitas vezes usando esse recurso de uma forma bastante justa, correta e produtiva para todos. Mas também temos aqueles que são insuflados ao uso desse recurso judicial para estar se sobrepondo. (C/AMB/HU)

A enfermeira do ambulatório de especialidades do HU, nesta mesma direção, destaca que uma investigação clínica suficientemente embasada antes do encaminhamento do usuário para o ambulatório de especialidades contribuiria para um melhor atendimento à demanda. Bem como aponta para a necessidade de uma aproximação com o Poder Judiciário no sentido de discutir alternativas para o melhor encaminhamento das questões concernentes a “prioridades em saúde”.

[...] não é feita uma pesquisa clínica do paciente; não são feitos exames importantes para que realmente os sintomas sejam para ser tratados por aquela especialidade. (C/AMB/HU)

O judiciário deveria ser aparelhado com um profissional que visse os exames e analisasse os prontuários para ver se os recursos estão realmente esgotados. Se é só aquilo mesmo que tem que ser feito para o usuário ter assistência. (C/AMB/HU)

[...] na hora que coloca um, o outro não vai entrar. Então eu acho que o judiciário deveria proteger o cidadão nesse sentido. Proteger não só o cidadão que está trazendo o problema, mas o outro que não está ali e que tem um problema tão grande quanto, ou mais. (C/AMB/HU)

Diário de Campo Estudo de Caso. Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande – HU/FURG

No período das tratativas com o Hospital Universitário, o contato foi realizado com a Diretora Geral pessoalmente e logo após foi encaminhado via protocolo da Universidade Federal do Rio Grande uma carta de apresentação do pesquisador bem como informações sobre os objetivos da pesquisa.

Os demais contatos e entrevistas ocorreram em 12 de novembro de 2015, com a gestão e serviço de regulação, e em 18 de novembro de 2015, com a coordenação do ambulatório de especialidades.

As entrevistas foram realizadas individualmente nas salas das participantes. Em momento anterior ao início das entrevistas, a vice-diretora e a coordenadora do ambulatório de especialidades reportaram terem realizado seus cursos de graduação na FURG. A primeira em medicina e a segunda em enfermagem.

O acesso a documentos e e-mails deu-se diretamente com a diretora do HU/FURG.

8.3 FONTE DE EVIDÊNCIAS 2

Devido à efetiva colaboração da direção do Hospital Universitário não somente quanto às entrevistas prestadas, mas também por ter colocado à disposição informações que contribuem para este Estudo de Casos Múltiplos Integrados, foi possível acessar documentos e e-mails que consubstanciam como evidências para o estudo.

Nestes documentos, verifica-se a existência de caso de judicialização para o acesso a atendimentos neste hospital e que os encaminhamentos via judicial referem-se a questões de acesso a cirurgias, em que o acesso inicial é o ambulatório de especialidades, a exames e a consultas especializadas.

Quanto aos e-mails, estes foram encaminhados pelo Conselho Municipal de Saúde e o teor das mensagens versa sobre solicitação de informações quanto a procedimentos cirúrgicos, realização de exames, documentação de referenciamento de usuário para atendimento,

solicitação de leitos hospitalares e comunicação de judicialização para obter acesso ao serviço.

Para efeitos de identificação, os documentos da Evidência 2 relacionados aos encaminhamentos via judicial terão a referência entre parênteses “Jud”. Os documentos relacionados ao conselho municipal de saúde terão a referência entre parênteses “CS”.

Nos documentos referentes a casos de judicialização para o acesso a atendimentos na instituição, verifica-se que os encaminhamentos por via judicial referem-se a questões de cirurgias, em que o acesso inicial é o ambulatório de especialidades, a exames e a consultas especializadas. Documentos estes que foram encaminhados por diversos entes públicos: a Defensoria Pública da União em Rio Grande; o Ministério Público Federal; Procuradoria da República no Município de Rio Grande; e a 1ª Vara Cível de Comarca de Rio Grande.

Quanto a cirurgias, foram identificados documentos entre os quais destacamos:

O Ofício datado em 23/10/2015, com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providência. [...] adote as medidas cabíveis em face da relatada necessidade de realização de cirurgia ginecológica, em caráter urgente, [...].” (Jud/Evidência 2/1)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, em 25/11/2015, com o seguinte teor:

“[...] informamos que entramos em contato telefônico com a senhora [...] solicitando sua presença neste nosocômio em [...], para realização por médico ginecologista do serviço do HU/FURG, tendo em vista que, em [...], a referida paciente já havia sido atendida neste hospital e orientada a comparecer ao ambulatório de cirurgia ginecológica, conforme ficha de atendimento que segue anexa.” (Jud/Evidência 2/2)

O Ofício datado em 11/2/2016, com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providencia. [...] realização de cirurgia traumatológica em caráter urgente [...].” (Jud/Evidência 2/3)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, datado em 12/3/2016, com o seguinte teor:

“[...] informamos que o paciente [...] realizou a cirurgia no dia 10 de março e teve alta deste nosocômio no dia 12 de março de 2016.” (Jud/Evidência 2/4)

Ofício datado em 21/3/2016, com o seguinte teor:

“[...], necessitando de procedimento cirúrgico denominado de ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO, com prótese total de joelho”. (Jud/Evidência 2/5)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 23/3/2016, com o seguinte teor:

“[...] o HU não dispõe de médico especialista para realização do procedimento cirúrgico em pauta.” (Jud/Evidência 2/6)

Ofício datado em 11/11/2015, com o seguinte teor:

“Solicito o agendamento dos exames [...]. Outro sim, saliento que as datas dos exames agendados deverão ser informadas a este juízo, em caráter de urgência, com antecedência que permita a intimação do paciente para comparecimento ao exame.” (Jud/Evidência 2/7)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 04/01/2016, com o seguinte teor:

“[...] informamos que, dos exames solicitados, o Hospital Universitário realiza o exame [...] estando este agendado para [...]. A [...] deverá comparecer no laboratório de análises clínicas do HU na data agendada [...].” (Jud/Evidência 2/8)

consultas especializadas, fO Ofício datado em 23/10/2015, com o seguinte teor:

Solicitação de manifestação e providência. [...] adote as medidas cabíveis em face da relatada necessidade de realização de cirurgia ginecológica, em caráter urgente, [...]. (Jud/Evidência 2/9)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 25/11/2015, como o seguinte teor:

[...] informamos que entramos em contato telefônico com a senhora [...] solicitando sua presença neste nosocômio em [...], para realização por médico ginecologista do serviço do HU/FURG, tendo em vista que, em [...], a referida paciente já havia sido atendida neste hospital e orientada a comparecer ao ambulatório de cirurgia ginecológica, conforme ficha de atendimento que segue anexa. (Jud/Evidência 2/10)

O Ofício datado em 20/1/2016, com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providência. [...] necessidade de atendimento por médico cirurgião vascular [...]” (Jud/Evidência 2/11)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, em 22/1/2016, com o seguinte teor:

“[...] informamos o que segue: o Hospital Universitário (HU/FURG/EBSEMG) possui, atualmente, em seu quadro funcional, apenas um médico especialista e Cirurgia Vascular, o qual está em férias [...]. O pedido de avaliação vascular para o paciente [...] foi solicitado pela médica do Serviço de Pronto Atendimento e, ainda que o HU/FURG/EBSEMG não seja referência para Cirurgia Vascular, foi contatado um médico externo ao hospital para que procedesse a referida avaliação; [...] em 22/01/2016, o médico requisitado, que terá seus honorários cobertos pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino (FAHERG) efetuou a avaliação; [...] o cirurgião vascular recomendou a transferência do paciente para um hospital de referência [...] a central de leitos foi acionada e o paciente foi cadastrado para transferência [...].” (Jud/Evidência 2/12)

Ainda constando como evidência documental, existem os e-mails encaminhados pelo conselho municipal de saúde de Rio Grande à direção do Hospital Universitário.

As mensagens encaminhadas pelo CMS via e-mail à direção do HU versam sobre solicitações de informações quanto a procedimentos cirúrgicos, realização de exames, documentação de referenciamento de usuário para atendimento, solicitação de leitos hospitalares e comunicação de judicialização para obter acesso ao serviço.

Quanto ao assunto cirurgias, verifica-se que as solicitações são em relação a esclarecimentos sobre a demora na realização do procedimento e também quanto ao fluxo interno na instituição. O teor destes documentos acha-se apresentado a seguir:

[...] Venho Solicitar o que segue: Os motivos do adiamento desde 2012, de cirurgia pediátrica, a ser realizada pelo [...] pelo que remeto os seguintes dados: [...]. Patologia: Cisto no pescoço [...]. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/1-dez/2015)

[...] Fomos informados que o [...], câncer na região do pescoço se encontra internado no corredor do PA, [...] aguardando por cirurgia. Solicitamos informar qual a estimativa de tempo para a cirurgia e transferência do paciente para leito em quarto. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/2-dez/2015)

Quanto ao assunto realização de exames verifica-se que as solicitações são em relação a esclarecimentos sobre a demora na realização do procedimento e sobre o fluxo no agendamento. O teor destes documentos acha-se apresentados a seguir:

[...] Solicitamos informações a respeito do atendimento de ressonância magnética requerida para duas usuárias abaixo: [...] ressonância de cabeça [...], aguardando desde agosto/2015. [...], ressonância de coluna [...]. Cordialmente [...]. Em novembro de 2015. (CS/Evidência 2/3-nov/2015)

[...] Estamos solicitando informações sobre que relatamos abaixo: [...], relatou-nos que aguarda um Ultra Som das Paredes Abdominais, prescrito pelo [...], desde janeiro/2016. A SMS nos informou que não tem prestador desse serviço e que este exame só é feito no HU, por agenda exclusiva do hospital. Se possível gostaríamos de saber se a referida Sra. consta da agenda nesse hospital e qual a previsão de atendimento. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/4-mai/2016)

Quanto ao assunto Documentação de referenciamento de usuário para atendimento, verifica-se que as solicitações são quanto ao preenchimento de documentos para referenciamento de pacientes a outra instituição, e que tal solicitação repete-se para o mesmo caso em duas ocasiões são em relação a esclarecimentos sobre a demora na realização do

procedimento e sobre o fluxo no agendamento. O teor destes documentos acha-se apresentado a seguir:

[...] Mais uma vez recorro ao seu auxílio para complementar o atendimento do [...], cuja necessidade se reduz ao preenchimento de formulário da Defensoria Pública (solicitação de atendimento de medicação, cirurgia e procedimento médico) [...]. Lamento profundamente estar reiterando o pedido pois sei que estas demoras contrapõe ao pretendido por esta Direção que é de prestação de serviços com qualidade em todas as áreas. Estamos recorrendo ao seu auxílio para que surta a devida eficácia. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/5-jul/2015)

[...] O Formulário em questão não diz respeito a referência ou encaminhamento para outro município. É documento da Defensoria Pública do Rio Grande, necessário a processo movido pela família, naquele órgão, buscando fazer com que o Sistema atenda o [...] com maior agilidade. [...] Aproveito para informar que informarei a família do [...] e vou sugerir aos mesmos que busquem ordem judicial para o preenchimento do documento pelo HU. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/6-jul/2015)

A solicitação de leitos hospitalares e comunicação de judicialização para obter acesso ao serviço também consta como ações do CMS. Referente a estes assuntos, constam os seguintes documentos:

[...] Fomos informados pelos familiares do [...] o que passamos a relatar: Este Senhor foi diagnosticado [...] como necessitando de enxerto ósseo, o qual deverá ser realizado em Passo Fundo. Em virtude do agravo do usuário que tem sido acometido por dores constantes e grande dificuldade na locomoção obrigando o mesmo a permanecer em domicílio em estado de depressão, os familiares resolveram acionar o Estado por via judicial. [...]. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/7-jul/2015)

[...] Foi trazido ao conhecimento desse Conselho que no leito 209-A desse HU, se encontra internada [...], com necessidade de leito em UTI, pelo que solicitamos informações tais como: a Central de Leitos a SMS foram acionadas e quais as perspectivas de leitos em UTI na região e ou Estado. Cordialmente [...]. (CS/Evidência 2/8-abr/2016)

Outros documentos também foram utilizados como Evidência 2. Entre os quais os que apontam para a importância do serviço regulado em saúde, onde foi demonstrado, no encadeamento de evidências, que o município do Rio Grande/RS é um dos municípios de referência para as cidades da 3ª e 7ª Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul em consultas especializadas, abrangendo uma extensa lista de municípios.

Entre as especialidades referenciadas para Rio Grande/RS, encontra-se a de traumatologia, especialidade com destaque nas falas dos participantes desse Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

No rol de atendimentos em traumatologia do Hospital Universitário no primeiro semestre de 2015, consta que, para o município de Turuçu/RS (Estudo de Caso-Piloto), foram prestados 32 atendimentos ambulatoriais e 3 internações. Para o município do Chuí/RS (Caso 1), 19 atendimentos ambulatoriais e 3 internações. Para o município de Santa Vitória do Palmar/RS (Caso 2), 317 atendimentos ambulatoriais e 13 internações. Para o município de São José do Norte/RS (Caso 3), 494 atendimentos ambulatoriais e 13 internações. (FURG, 2016a).

Ainda constam neste mesmo rol outros municípios que não os da Microrregião Litoral Lagunar, recorte para este Estudo de Caso, mas que fazem parte das duas Coordenadorias Regionais de Saúde para as quais o HU é referência em traumatologia.

Neste particular, destacamos, devido ao quantitativo encaminhado a esta especialidade, proveniente da Terceira Coordenadoria Regional de Saúde, o município de Canguçu/RS, com 667 atendimentos ambulatoriais e 14 internações, e o município de São Lourenço do Sul/RS, com 631 atendimentos ambulatoriais e 22 internações.

Proveniente da Sétima Coordenadoria Regional de Saúde, o município de Bagé/RS, sede da Regional, com 151 atendimentos ambulatoriais e 3 internações, e o município de Dom Pedrito/RS, com 79 atendimentos ambulatoriais e 2 internações.

Esta evidência confirma o fluxo de atendimento desta especialidade ao HU, sendo este hospital a referência para os municípios da Terceira e Sétima Coordenadorias Regionais de Saúde do Rio Grande do Sul e conseqüentemente da Microrregião Litoral Lagunar.

Ainda quanto a esta especialidade, a tabela de acompanhamento das metas quantitativas ambulatoriais contratualizadas para o ano de 2014 apresenta os procedimentos clínicos, subgrupo consulta médica em atenção especializada, médico ortopedia e traumatologia.

Quanto aos procedimentos clínicos, subgrupo consulta médica em atenção especializada, médico ortopedista e traumatologista, a meta para o ano de 2014 era de 2.160 atendimentos; no entanto, o total de atendimentos no mesmo ano foi de 1.218, ficando abaixo da meta, atingindo 56,38% do previsto. Com uma média mensal de 102 atendimentos, sendo a meta 180 ao mês. (FURG, 2016a).

A meta de 180 atendimentos ao mês também é confirmada pela Pactuação Integrada da 3ª CRS, documento que apresentamos igualmente como **Evidência 2** para este Estudo de Caso, onde consta que, para a especialidade ortopedia e traumatologia, o HU é prestador desse serviço com uma oferta mensal de 180 atendimentos, sendo 97 para primeira consulta, 65 para retornos, e uma reserva técnica de 18 atendimentos (CRS, 2014).

Neste mesmo documento, consta a Santa Casa do Rio Grande como prestadora na especialidade de ortopedia e traumatologia. Para esta instituição, está pactuada uma oferta mensal de 983 atendimentos, sendo 531 para primeira consulta, 354 para retorno, e uma reserva técnica de 98 atendimentos (CRS, 2014).

Estes dados e informações sobre a demanda proveniente dos municípios para esta especialidade nos dois hospitais de Rio Grande/RS e particularmente ao HU como referência, associado à dificuldade de atingir as metas pactuadas, possivelmente contribuam para tensionamentos no sistema, conforme relatos da funcionária da regulação e da direção do HU.

Uma outra realidade também identificada sobre a demanda, foi a do não comparecimento do usuário à consulta, ou o desencontro no fluxo do sistema de referência em que o encaminhamento não foi devidamente indicado. Neste particular, surge um outro problema a ser equacionado, o do absentéismo.

Quanto ao absentéismo, caracterizado pela ausência do usuário agendado, é visto como causador da perda de recursos no serviço de saúde pública, tendo ainda por consequência prejuízos na continuidade da assistência e resolubilidade das demandas de saúde, aumento das filas de espera e demandas por urgência. (BENDER; MOLINA; MELLO, 2010).

Para uma eficaz gestão do fluxo de consultas especializadas, faz-se necessária uma verificação constante entre o número de consultas oferecidas, as efetivamente utilizadas e as consultas que foram ofertadas, no entanto não houve o atendimento (absentéismo).

Foi possível identificar, neste Estudo de Caso, algumas especialidades cuja demanda é maior que a oferta e que para suprir essa dificuldade está sendo empregada a educação permanente. Neste particular, a especialidade de reumatologia ilustra o caso.

Ainda sob esta mesma ótica, foi possível constatar, no documento da Pactuação Integrada da 3ª CRS (RIO GRANDE DO SUL, 2014), ser o HU a única instituição a disponibilizar o atendimento ambulatorial para a especialidade de reumatologia no município do Rio Grande/RS, ofertando 300 atendimentos ao mês.

Constam neste mesmo documento mais duas instituições que ofertam atendimento na especialidade, porém estão localizados no município de Pelotas/RS. O Hospital Universitário São Francisco de Paula, que oferta 35 atendimentos ao mês, e o Hospital de Ensino da Universidade Federal de Pelotas, que oferta 30 atendimentos ao mês. (RIO GRANDE DO SUL, 2014).

É válido salientar que o quantitativo ofertado para esta especialidade, somando-se as duas instituições do município de Pelotas/RS aproxima-se a apenas 22% do ofertado pelo HU.

E que os municípios de Rio Grande/RS e Pelotas/RS, são os dois municípios com maior aporte quanto à referência em saúde do extremo sul do Estado, contando inclusive com universidades formadoras de profissionais de enfermagem e medicina.

Quanto às informações que foram discorridas acima, chama a atenção para o fato de que mesmo com a dificuldade de acesso à especialidade de reumatologia, ainda ocorrem casos de faltas às consultas por parte dos usuários (absenteísmo).

Conforme o documento do Setor de Agendamento do HU/FURG, em uma série histórica do ano de 2015, apresenta os seis primeiros meses com 45,45% de faltas às consultas para esta especialidade. (FURG, 2016b).

O absenteísmo de consultas da Secretaria Municipal da Saúde do Rio Grande foi de 28,95% no ano de 2015, apresentando um quantitativo de 114 consultas oferecidas com 33 faltas. (FURG, 2016b).

8.4 CONFIGURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NOS MUNICÍPIOS DA MICRORREGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL

Esse Subcapítulo apresenta e discute os escores atribuídos na configuração das RASs nos municípios estudados, após a realização das entrevistas com a utilização do instrumento adaptado para este estudo e segundo critérios previamente anunciados na metodologia.

Apresenta igualmente a classificação de cada um dos municípios e esta apresentação está acompanhada de um quadro demonstrativo (Quadro 10) com as Questões Avaliativas e os escores.

Conforme previamente apresentado no Capítulo Metodologia, item Coleta de Dados, o instrumento elaborado para ser empregado nesta pesquisa, em uma adaptação do questionário proposto por Mendes (2011, p. 427-37) para avaliação do grau de integração das RASs, utilizou algumas questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo, tendo sido confeccionado o roteiro para entrevistas (Apêndice A).

Para efeito de interpretação, o critério adotado foi de que, para cada questão, o valor variou entre 0 (zero) e 3 (três) pontos. Sendo 0 (zero) correspondendo à não existência do que está sendo perguntado; 1 (um) quando da existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente; 2 (dois) quando da existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; e 3 (três) quanto à sua existência de forma ótima. (MENDES, 2011, p. 428).

Cabe salientar que a adaptação efetuada para este estudo foi no sentido de que os resultados possam possibilitar a identificação de áreas críticas do desempenho da(s) rede(s) de atenção à saúde nos municípios que compõem a Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul.

Para interpretação dos resultados, já com as adaptações para este estudo em comparação com Mendes (2011), o resultado final foi interpretado com as seguintes referências:

1. Sistema fragmentado. Incapacidade para a operação de RASs. Quando o escore atingido foi entre 0 (zero) e 18 (dezoito);
2. Rede de atenção à saúde incipiente. Capacidade básica para operar RASs. Quando o escore atingido foi entre 19 (dezenove) e 37 (trinta e sete);
3. Rede de atenção à saúde avançada. Capacidade razoavelmente boa para operar RASs. Quando o escore atingido foi entre 38 (trinta e oito) e 56 (cinquenta e seis);
4. Redes integradas de atenção à saúde. Capacidade ótima para operar RASs. Quando o escore for entre 57 (cinquenta e sete) e 75 (setenta e cinco).

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs, (MENDES, 2011) com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total dos municípios componentes do estudo encontra-se apresentado no quadro 10.

Quadro 10 - Questões Avaliativas e escores. Rede de Atenção à Saúde. Municípios da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. Estudo de Casos Múltiplos Integrados, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/escore			
Componente (C)	Questão Avaliativa (QA)	Chuí	Santa Vitória do Palmar	São José do Norte	Rio Grande
C 1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	0	2	2	3
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	1	3	3	3
C 2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	0	2	3	3
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	0	0	0	1
	III) As equipes de APS articulam-se	1	1	1	3

	rotineiramente com a comunidade?				
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	2	2	2	3
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1	1	1	1
C 3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	1	2	2	3
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0	0	0	1
C 4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	1	1	1	2
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	1	1	1	2
	III) Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?	N/A	N/A	N/A	N/A
	IV) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	0	0	0	1
C 5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	1	2	2	3
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	1	2	2	3
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0	0	0	1
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	1	2	1	3
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	2	2	2	3
C 6 Sistema de	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de	1	1	1	2

Governança da Rede	governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).				
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	0	0	1	2
	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0	0	0	1
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1	1	1	2
C 7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	1	2	2	3
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	1	2	1	3
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	0	0	1	2
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	0	0	1	2
Total		17	29	31	56

Interpretação dos escores

Após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total entre os 7 componentes apresentou as RASs nos municípios da Microrregião Litoral Lagunar com as seguintes configurações:

O município do Chuí/RS, Caso 1, obteve escore igual a 17 (dezessete). Esta pontuação sugere ser a RAS desse município um sistema fragmentado com incapacidade para operação.

O município de Santa Vitória do Palmar/RS, Caso 2, obteve escore igual a 29 (vinte e nove).

E o município de São José do Norte/RS, Caso 3, obteve escore igual a 31 (trinta e um). Esta pontuação sugere serem ambas as RAS desses municípios uma rede de atenção à saúde incipiente com capacidade básica para operar.

O município do Rio Grande/RS, Caso 4, obteve escore igual a 56 (cinquenta e seis). Esta pontuação sugere ser a RAS desse município como uma rede de atenção à saúde avançada com capacidade razoavelmente boa para operar.

Segundo Mendes (2011), além da análise quantitativa, deve-se fazer uma análise qualitativa, selecionando-se especialmente os valores 0 e 1, relativos a cada uma das questões, analisadas numa dimensão horizontal. Esses pontos críticos poderão servir de referência para um plano de desenvolvimento institucional da(s) rede(s) de atenção à saúde.

Neste sentido, vale destacar que, conforme os escores obtidos nas Questões Avaliativas (QA), a maior pontuação ocorreu no Componente População (C1); QA “II”, Há um processo de territorialização da RAS?. Onde os municípios de Santa Vitória do Palmar/RS, São José do Norte/RS e Rio Grande/RS obtiveram o escore máximo 3 (três), o que aponta para existência de forma ótima do que foi perguntado. Apenas o município do Chuí/RS recebeu o escore 1 (um), escore este que significa a existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente.

Embora a maior pontuação tenha ocorrido no Componente C1, no Componente Sistema de Governança da Rede (C6), QA “I” “Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS?” (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”), nenhum dos municípios obteve o escore máximo. Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS obtiveram escore 1 (um), este que significa a existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente, e Rio Grande/RS escore 2 (dois), o que identifica a existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente.

Com esta comparação, é possível perceber que mesmo com iniciativas favoráveis ao processo de territorialização, e como a própria denominação diz “processo”, portanto em desenvolvimento, a governança ainda não encontra meios de utilizar esse instrumento gerencial.

Esta constatação apresenta-se como importante, pois segundo Mendes (2011, p 176), “O ente de governança das RASs deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação.”. Afirma o autor ser o processo de territorialização um instrumento gerencial fundamental para a governança das RASs, e que esse processo de territorialização “constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das RASs. Esses espaços concretizam-se nos PDRs.” (MENDES, 2011, p. 176).

As avaliações apresentaram ainda mais dois escores baixos. Um no Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3) e outro no componente Sistema de Governança da Rede (C6).

No Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3), o escore baixo foi na QA “II” “Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?”. Esta QA apresentou escores zero para os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS. Rio Grande/RS obteve o escore 1. Ou seja, nos três primeiros municípios mencionados, a realidade é a da não existência do que está sendo perguntado, e a do quarto município é a da existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente.

Este escore negativo nesta QA vem ao encontro do que assegura Mendes (2001) sobre a situação da contrarreferência nas RASs. Para este autor, nas RASs, os especialistas exercem o papel de interconsultor e de suporte para as ações da equipe de APS. Que a atuação do especialista somente irá agregar valor para os usuários no momento em que passam a conhecer pessoalmente e a atuar em conjunto com os generalistas. Sem esta aproximação, a referência e contrarreferência não se efetivam.

E ainda, para o mesmo autor, a realidade é a de que os centros de especialidades médicas são partes de um sistema fragmentado de atenção à saúde, onde geralmente inexistem uma boa comunicação entre os pontos e níveis de atenção. O usuário acessa diretamente ou por algum tipo de encaminhamento, inclusive da APS. No entanto, o serviço que o atende não conhece sua história pregressa, somando-se a isso a ausência de vínculo. (MENDES, 2011).

As duas descrições feitas pelo autor evidenciam a importância da contrarreferência e, portanto, este escore negativo da QA coloca em risco a interação da RAS. Soma-se a isso o escore obtido no Componente Atenção Primária à Saúde (C2), QA “III” “As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?”. Nesta QA, o escore foi de 1 para Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS.

E ainda o escore 1 (Um) no Componente Atenção Primária à Saúde (C2), QA “IV” “Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?”, unanimemente obtido por todos os municípios estudados.

A importância do Conselho Local de Saúde e o baixo escore obtido nesta QA evidenciam a fragilidade da RAS na condição em que, segundo Mendes (2011), a organização das regiões de saúde favorece a cooperação solidária entre os gestores e o fortalecimento do controle social. Neste particular, os conselhos locais de saúde podem exercitar,

democraticamente, o controle social e melhorar a qualidade da atenção à saúde. No caso da RAS estudada, esta possibilidade encontra-se desprovida.

Se levarmos em consideração estes escores associados, veremos mais uma fragilidade. Pois em uma RAS cabe à APS a grande responsabilidade de articulação com a população, não sendo possível coordenar sem que esta articulação ocorra através do conhecimento e do íntimo relacionamento entre a equipe e a população. E que qualquer reforma na prestação de serviços deverá ser realizada a partir do conhecimento por parte da equipe das necessidades e preferências dos usuários. (MENDES, 2011).

Na continuidade da análise, identificamos que, no Componente Sistema de Governança da Rede (C6), o escore baixo foi na QA “III” “Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?”. Esta QA apresentou escores zero para os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS, tendo Rio Grande/RS obtido o escore 1.

Novamente se repetem os escores mínimos nos municípios da microrregião que, por sua menor capacidade instalada, referenciam para Rio Grande/RS. E este por sua vez também não apresenta um escore satisfatório para esta QA. Ou seja, nos três primeiros municípios mencionados, a realidade é a da não existência do que está sendo perguntado, e a do quarto município é a da existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente.

Os escores baixos nesta QA requerem atenção por ter importância destacada, pois produzem evidências, as quais podem ser de grande valia para a gestão. A avaliação dos serviços de saúde analisa explicações alternativas ou a utilizar múltiplas linhas de evidências estabelecendo relações entre os componentes, analisando resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde. (MENDES, 2011).

Uma vez não havendo avaliação das pessoas usuárias, não serão estabelecidas relações entre os componentes, o que desestabiliza a RAS.

Na sequência são apresentados os escores obtidos nos Componentes C4 e C5, onde no Componente Sistemas de Apoio (C4), na QA “I” “O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?” e QA “II” “O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?”, em ambas as QA, os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, São José do Norte/RS obtiveram escore 1, acusando a existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente.

Vale salientar que o sistema de assistência farmacêutica é um sistema de apoio fundamental para a organização das RASs e que a importância dos medicamentos na atenção à saúde é crescente no ponto de vista econômico e sanitário. No entanto, um dos problemas da assistência farmacêutica reside na desigualdade de acesso. (MENDES, 2011).

O sistema de assistência farmacêutica engloba, como dimensões importantes das RASs, a logística dos medicamentos e a farmácia clínica. Nas RASs do SUS, percebe-se esforços relativos à organização da logística, mas ainda carece de maior atenção no componente assistencial e da farmácia clínica. (CONASS, 2007). Esta realidade de relegar para segundo plano o componente da farmácia clínica pode determinar resultados econômicos e sanitários inadequados com relação ao uso dos medicamentos (MENDES, 2011), e quando a atividade de assistência farmacêutica ocorre de forma desordenada, prejudica todas as demais atividades do sistema (CONASS, 2007).

No Componente Sistemas de Apoio (C4) na QA “IV” “Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?”, os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, São José do Norte/RS obtiveram escore zero, o que corresponde à não existência do que está sendo perguntado.

Esta fragilidade agrava-se quando os escores baixos aparecem também no Componente Sistemas Logísticos (C5) QA “III” “A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?”. Nesta QA, os escores foram zero para os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, São José do Norte/RS.

Esses resultados de escores baixos merecem uma atenção especial no sentido de que, para superar os problemas da patologia clínica do SUS, fazem-se necessárias ações contundentes. Esta afirmativa repousa no fato de que o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado nas RASs como um componente transversal; portanto deve contemplar acesso e qualidade distribuindo-se por todos os territórios, o local, o microrregional e o macrorregional. (MENDES, 2011).

Nos Componentes C6 e C7, os dois últimos componentes avaliados, conforme proposta metodológica, também foram identificadas fragilidades.

No Componente Sistema de Governança da Rede (C6), na QA “III” “Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?”. Nesta QA os municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, São José do Norte/RS obtiveram escore 1. Este escore baixo evidencia a fragilidade das relações contratuais para prestação da assistência aos usuários na RAS.

Esta fragilidade dá-se em razão de que, segundo Mendes (2011), o sistema de contratualização é um instrumento gerencial imprescindível à governança das RASs, pois o sistema de planejamento estratégico exigirá, para sua operação, a elaboração de contratos de gestão entre os seus gestores e os prestadores de serviços envolvidos. São exatamente esses contratos que dão solidez jurídica aos colegiados regionais quanto aos direitos e obrigações. (MENDES, 2011).

No Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7) nas QA “III” “As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?” e QA “IV” “As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?”, o município do Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS obtiveram escore zero em ambas as questões.

Com relação a este componente, é válido citar a importância do sistema de acesso regulado à atenção à saúde, pois este constitui-se de estruturas operacionais que mediam e racionalizam a oferta e a demanda por serviços de saúde de acordo com graus de riscos e normas definida em protocolos. (MENDES, 2011).

A central de regulação deve operar com a participação de profissionais com capacidade técnica para intervir no agendamento e consultas e exames especializados, e em situação de urgências e emergências. (MENDES, 2011). Daí a importância da utilização da lista de espera.

Após a interpretação e análise dos escores, nota-se que os municípios da Microrregião Litoral Lagunar obtiveram escores variando entre um Sistema Fragmentado com incapacidade para operação, município do Chuí/RS; Rede de Atenção à Saúde Incipiente com capacidade básica para operar, municípios de Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS; e Rede de Atenção à Saúde Avançada com capacidade razoavelmente boa para operar, no município do Rio Grande/RS.

Nenhum dos municípios estudados apresentou Capacidade Ótima para operar RASs, o que indica que na microrregião litoral lagunar ainda não há uma Rede Integrada de Atenção à Saúde.

9 ARTIGOS CIENTÍFICOS

Este capítulo apresenta os artigos científicos que foram construídos na forma de recorte do Relatório do Estudo de Casos Múltiplos Integrados (primeiro artigo), ou oriundos do processo de análise textual discursiva em que foram produzidas duas categorias das entrevistas realizadas com os participantes do Estudo de Casos Múltiplos Integrados e dos documentos utilizados como fonte de evidência (segundo e terceiro artigos). O Capítulo 8 é apresentado em três Subcapítulos.

No Subcapítulo 8.1 é apresentado o **artigo científico** intitulado “A rede de atenção à saúde em uma microrregião no extremo sul”, sendo este um recorte do Capítulo 7, Relatório do Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

Neste artigo é apresentada a rede de atenção à saúde dos dois municípios, entre os quatro estudados, que obtiveram os menores escores nos Componentes de Avaliação: Chuí/RS, Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 1 e Santa Vitória do Palmar/RS Unidade Integrada de Análise 1 - Caso 2.

No Subcapítulo 8.2 é apresentado o **artigo científico** intitulado: “O tensionamento do acesso na rede de atenção à saúde”, sendo este oriundo do processo de análise textual discursiva em que foi produzida a categoria “O acesso tensionado e a regulação da demanda de consultas especializadas no sistema referência e contrarreferência”.

O artigo científico evidencia a existência de tensionamentos por diversos atores envolvidos na rede: as exercidas pelos usuários; as exercidas aos e pelos profissionais de saúde; as exercidas por e entre os gestores; e as exercidas pelo controle social. É possível identificar a existência de tensionamentos como forma de acesso ao serviço do ambulatório do HU/FURG.

No Subcapítulo 8.3 é apresentado o **artigo científico** intitulado: “Judicialização do acesso na rede de atenção à saúde: estudo de caso”, sendo este oriundo do processo de análise textual discursiva em que foi produzida a categoria “O acesso aos serviços de saúde com a utilização de ações judiciais para obter o direito de assistência”.

O artigo científico evidencia a existência de casos de judicialização como forma de acesso ao ambulatório do Hospital Universitário de referência e que se faz necessária uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião.

9.1 ARTIGO 1

REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE EM UMA MICRORREGIÃO NO SUL DO BRASIL

Resumo: Estudo de casos múltiplos integrados, com abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, com o objetivo de caracterizar, sob a ótica da gestão local, a Rede de Atenção à Saúde em uma microrregião de saúde no extremo sul do Brasil. Participaram do estudo os gestores dos dois municípios da microrregião de saúde. A coleta dos dados foi por meio de entrevistas realizadas em julho de 2015, utilizando um roteiro semiestruturado inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação das Redes de Atenção à Saúde e em uma adaptação baseada no questionário proposto por Eugênio Vilaça Mendes para avaliação do seu grau de integração. O estudo concluiu que as redes de atenção à saúde obtiveram escores entre um Sistema Fragmentado com incapacidade para operação; e Incipiente com capacidade básica para operar, o que indica que na microrregião ainda não está formada uma Rede Integrada de Atenção à Saúde.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Assistência à Saúde. Referência e Consulta.

INTRODUÇÃO

O objetivo deste estudo é o de caracterizar, sob a ótica da gestão local, a Rede de Atenção à Saúde (RAS) em uma microrregião de saúde no extremo sul do Brasil que tem como módulo assistencial os municípios de Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.

Para atingir este objetivo, foi realizado um estudo de casos múltiplos integrados, com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como referencial as Políticas Públicas que estabelecem as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e o conceito de RAS com os elementos que a constituem: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.¹

O conceito de rede tem sido desenvolvido em vários campos. Pode ser apresentado como formas de organização social, do estado ou da sociedade, baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia, onde diferentes conceitos coincidem em elementos comuns tais como as relações relativamente estáveis, autonomia, inexistência de hierarquia, cooperação, confiança, interdependência e intercâmbio constante de recursos.²

Na área da saúde, as RASs são organizações poliárquicas de um conjunto de serviços de saúde articulados, com missão única, objetivos comuns, ação cooperativa e interdependente, que ofertam uma atenção contínua e integral, coordenada pela atenção primária à saúde e prestada com qualidade, no tempo, no lugar e com custo certo. Destaca-se

que essas redes não são simplesmente um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações.¹

O Ministério da Saúde (MS) define RAS como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.^{3:4} Visa a estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.

Para o MS³, na construção da RAS, devem ser observados os conceitos de integração vertical e horizontal, tendo como característica a formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma determinada população, responsabilizando-se pela atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos.

Com base nessas diretrizes, a atual política de atenção à saúde propõe estruturar as RASs em cada território, definindo as regiões de saúde, a partir da pactuação em cada Estado pelo conjunto dos municípios.⁴

No Rio Grande do Sul/RS existem sete macrorregiões de atenção integral à saúde que visam garantir aos usuários do SUS uma nova organização para as ações de proteção, apoio diagnóstico, atendimento ambulatorial e hospitalar. A macrorregião Sul é composta, administrativamente, pelas Terceira e Sétima Coordenadorias de Saúde e tem, como principal polo assistencial, a cidade de Pelotas/RS.⁵

As macrorregiões de saúde são divididas em microrregiões de saúde, sendo estas caracterizadas como a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Estado. As microrregiões de saúde, por sua vez, possuem seus respectivos módulos assistenciais identificados dentro do espaço geográfico microrregional, ou equivalentes à área de uma microrregião.⁵

A Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), com sede no município de Pelotas/RS, é responsável pela coordenação de vinte e dois municípios.⁶ Entre estes municípios encontram-se Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS, que constituem uma microrregião de saúde.⁷

O município de Santa Vitória do Palmar/RS possui uma área da unidade territorial de 5.244,353 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 30.990

pessoas. E o município do Chuí/RS possui uma área da unidade territorial de 202,552 km². A população residente, segundo o Censo Demográfico de 2010, é de 5.917 pessoas.⁸

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do RS apresenta as microrregiões de saúde, conceituadas como “a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”.^{5:22} Assim é a microrregião Santa Vitória do Palmar/RS, com sede no município de mesmo nome e com abrangência em Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.⁵

Nesta configuração, uma vez que a gestão faz parte desse processo e que estão incluídas aí as três esferas de governo, em se tratando de gestão de redes, torna-se válido considerar que as políticas deixam de ser responsabilidade de um ministério e cada vez mais decorrem de acordos estabelecidos entre múltiplos atores envolvidos nos processos, englobando órgãos estatais descentralizados, organizações da sociedade civil e instituições de mercado.⁹

Para Fleury e Ouverney,⁹ o SUS, com uma estrutura policêntrica, suscita uma abordagem de gestão em rede, sendo necessário difundir os conhecimentos atualizados sobre gestão de redes políticas pelo fato desta requerer habilidades distintas daquelas de gestão hierárquica, o que implica desenvolver mecanismos próprios de coordenação das interdependências entre os atores envolvidos.

Mendes¹ afirma haver, no SUS, a conformação de uma rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, onde todos os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes. Assim, as redes poliárquicas ou redes em malha, em que cada nó liga-se a vários outros, permitem percorrer caminhos variados entre esses nós, de forma que os diversos ramos estão interconectados.

Segundo o mesmo autor, os sistemas de atenção à saúde podem apresentar-se, socialmente, num contínuo que vai desde a fragmentação até a integração. Os sistemas fragmentados têm tendência a se voltar para as condições e aos eventos agudos, enquanto os sistemas integrados tendem a atuar, sobre as condições agudas e crônicas.¹

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde, hegemônicos, organizam-se através de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e sem comunicação, não sendo possível, portanto, a prestação de uma atenção contínua à população. Neste sistema, geralmente, não existe a responsabilidade por uma população adscrita. Não há também, um fluxo de comunicação entre a atenção primária e a atenção secundária à saúde e, esses dois níveis, por sua vez, não se articulam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio, nem com os sistemas logísticos.¹

Por outro lado, os sistemas integrados de atenção à saúde, as RASs, são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida.¹

Na organização das RASs, os serviços de saúde estruturam-se numa rede de pontos de atenção à saúde, composta por equipamentos de diferentes densidades tecnológicas que devem ser distribuídos espacialmente. Deve ser feita de forma efetiva, eficiente e com qualidade, estruturando-se com base nos seguintes fundamentos: a) de economia de escala, de disponibilidade de recursos, de qualidade e acesso; b) de integração horizontal e vertical; c) de processos de substituição; d) de territórios sanitários; e) e de níveis de atenção.¹

Nesta perspectiva e na busca de identificar as características dessa rede regionalizada e hierarquizada do Rio Grande do Sul/RS, levando-se em consideração que na temática rede de atenção à saúde não estão contemplados somente os aspectos da complexidade tecnológica, mas também os atores que integram essa rede realizou-se um estudo de casos múltiplos integrados, com uma abordagem qualitativa, do tipo exploratório e descritivo, tendo como referencial as Políticas Públicas que estabelecem as diretrizes para a organização da RAS no âmbito do SUS e o conceito de RAS com os elementos que a constituem: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

MÉTODOS

Trata-se de um recorte em forma de artigo científico extraído da tese de doutorado intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na Rede de atenção à Saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, na qual foi realizado um estudo descritivo/exploratório, com uma abordagem qualitativa, por meio de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

A importância do Estudo de Caso evidencia-se por “uma investigação empírica que investiga um fenômeno contemporâneo em profundidade e em seu contexto da vida real, especialmente, quando os limites entre o fenômeno e o contexto não são claramente evidentes”,^{10:39} e “provem a análise de boas práticas que podem ser aprendidas e incorporadas em outra realidade”^{1:52}.

Neste recorte, os locais de realização das pesquisas, Unidades de Análise, foram as Secretarias Municipais de Saúde dos municípios que fazem parte da Microrregião de Saúde

Santa Vitória do Palmar/RS, quais sejam: Chuí/RS (Caso 1) e Santa Vitória do Palmar/RS (Caso 2)

O estudo contou com quatro participantes, sendo estes, no município de Santa Vitória do Palmar/RS, a secretária de saúde (G/SVP) e a coordenadora da Estratégia Saúde da Família (C/ESF/SVP), e no município do Chuí/RS, o secretário de saúde (G/CH) e a funcionária do serviço de regulação (R/CH).

Com o objetivo de contemplar questões importantes a serem observadas durante a análise dos dados, tal como o anonimato e a privacidade dos sujeitos participantes,¹¹ para a preservação de suas identidades, foram utilizadas siglas conforme apresentado a seguir.

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, foram participantes a secretária de saúde (G/SVP) e a coordenadora da Estratégia Saúde da Família (C/ESF/SVP). No município do Chuí/RS, foram entrevistados o secretário de saúde (G/CH) e a funcionária do serviço de regulação (R/CH).

A coleta dos dados foi por meio de entrevistas com instrumento semiestruturado.^{12:138} Foi utilizado um roteiro com uma lista ordenada de perguntas destinadas aos informantes previamente selecionados.

As entrevistas foram realizadas nos meses de junho e julho de 2015, em local e hora conforme a disponibilidade dos participantes. Para tanto houve o deslocamento do pesquisador até os locais de encontro. Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas, evidentemente com a quiescência do entrevistado.

Os aspectos éticos foram respeitados, garantindo a proteção dos direitos humanos, conforme as recomendações do Conselho Nacional de Saúde,¹³ que normatiza as pesquisas envolvendo seres humanos. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o Parecer CEPAS 17/2015.

Para a análise dos dados é fundamental utilizar uma metodologia de avaliação das RASs que possa ser aplicada como linha de base e, depois, periodicamente, para verificar se o grau de integração dessas redes está se movendo em direção à estabilidade, involução ou evolução. O questionário pode ser aplicado numa instituição ou em rede temática devendo para tanto sofrer adaptações.¹

Neste particular, o instrumento elaborado para ser empregado nesta pesquisa utilizou algumas questões diretamente relacionadas ao objeto de estudo. Os itens que compõem o roteiro para a entrevista e que serviram como foco para orientação do entrevistador foram elaborados, em parte, inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde

(OPAS)¹⁴ para avaliação das RASs e também em uma adaptação baseado no questionário proposto por Mendes¹ para avaliação do grau de integração das RASs, construído a partir da concepção operacional, medido nas seguintes dimensões ou componentes: população (C1); APS (C2); pontos de atenção secundária e terciária (C3); sistemas de apoio (C4); sistemas logísticos (C5); sistema de governança (C6); e modelo de atenção à saúde (C7). Cada uma destas dimensões ou componentes conta com Questões Avaliativas (QA) conforme apresentado no Quadro Único.

Para efeito de interpretação, o critério adotado foi o de, que:

para cada QA, o valor variou entre zero e três pontos. Sendo 0 (zero) correspondendo à não existência do que está sendo perguntado; 1 (um) quando da existência do que está sendo perguntado, mas com funcionamento básico ou incipiente; 2 (dois) quando da existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente; e 3 (três) quanto à sua existência de forma ótima.^{1:428}

Cabe salientar que a adaptação efetuada para este estudo foi no sentido de que os resultados possam possibilitar a identificação de áreas críticas do desempenho da(s) rede(s) de atenção à saúde nos municípios que compõem a microrregião de saúde estudada.

Para interpretação dos resultados, já com as adaptações para este estudo em comparação com Mendes,¹ o resultado final foi interpretado com as seguintes referências: Incapacidade para a operação de RASs: sistema fragmentado, quando o escore foi entre 0 (zero) e 18 (dezoito). Capacidade básica para operar RASs: rede de atenção à saúde incipiente, quando o escore foi entre 19 (dezenove) e 37 (trinta e sete). Capacidade razoavelmente boa para operar RASs: rede de atenção à saúde avançada, quando o escore foi entre 38 (trinta e oito) e 56 (cinquenta e seis). Capacidade ótima para operar RASs: redes integradas de atenção à saúde, quando o escore foi entre 57 (cinquenta e sete) e 75 (setenta e cinco).

RESULTADOS

Conforme metodologia proposta, procurou-se considerar como “foco” durante a condução da entrevista sete itens quanto aos elementos ou componentes da rede de atenção à saúde: a População (C1); a Atenção Primária à Saúde (C2); os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3); os Sistemas de Apoio (C4); os Sistemas Logísticos (C5); o Sistema de Governança da Rede (C6); e o Modelo de Atenção à Saúde (C7). Por conseguinte,

passaremos a apresentar o resultado das entrevistas realizadas nos municípios do Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS durante o Estudo de Caso.

Componente População (C1)

No Componente População, é importante identificar se as necessidades de saúde da população¹ (C1/QA “I”) encontram-se definidas e se existe um processo de territorialização da RAS¹ (C1/QA “II”).

No município do Chuí/RS, está sendo implantada a Estratégia Saúde da Família (ESF); no entanto, foram identificadas algumas dificuldades no processo de territorialização da população adscrita para fins de cadastramento e, conseqüentemente, identificação de suas necessidades de saúde.

Estamos implantando a estratégia [...] temos muitos brasileiros morando do outro lado que são atendidos aqui [...] não estão cadastrados na estratégia, moram em outro país ou em Santa Vitória, o endereço é de lá. (G/CH)

O município de Santa Vitória do Palmar/RS até pouco tempo contava com poucas unidades da ESF e atualmente está havendo um aumento do número de unidades. Diante desta nova realidade, as equipes estão vendo a necessidade de compilar dados para identificação das necessidades da população.

Fomos contemplados com o Programa Mais Médicos. Então conseguimos ampliar a cobertura de saúde da família. Em contrapartida, aumentaram as demandas com exames e encaminhamentos para especialistas [...] mas isso está rendendo bons frutos. (G/SVP)

Componente Atenção Primária à Saúde (APS) (C2)

Quanto ao Componente Atenção Primária à Saúde, a referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde⁽¹⁾ (C2/QA “I”). A interação entre as equipes da APS e a atenção especializada¹ (C2/QA “II”) bem como a articulação dessas equipes com a comunidade¹ (C2/QA “III”) igualmente são importantes neste componente. A capacidade dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) para exercer o papel de articulação entre as equipes da APS e a comunidade¹ (C2/QA “IV”) e a existência de conselho local de saúde⁽¹⁾ (C2/QA “V”) também qualificam a RAS.

No município do Chuí/RS, a gestão e o serviço de regulação reconhecem as dificuldades de articulação com a comunidade bem como a necessidade de identificar outras formas de abordagem, sobretudo destacando os aspectos culturais da localidade.

A gente tenta fazer trabalhos sociais nas escolas e com as famílias, não está funcionando, tem alguma coisa que está faltando. (G/CH)

Querem consultas com especialistas que demora meses e não entendem que não depende apenas de nós. A cobrança é imensa e vão ao ministério público, nos vereadores, no prefeito. Acho que a culpa disso é a mistura de culturas que temos aqui; são brasileiros, uruguaios, argentinos, palestinos. Existe uma influência cultural de cada um. (G/CH)

É cultural, porque o pessoal aqui não procura se informar. Eles têm a cultura de que é obrigação da secretaria dar o medicamento, a consulta e levar eles na consulta. (R/CH)

A referência para o nível hospitalar é o hospital de Santa Vitória do Palmar/RS. Após o usuário ser atendido pela ESF, quando necessário, ele é encaminhado para o hospital e deste para outro de referência.

A nossa referência hoje é a Santa Casa de Santa Vitória. Todos os pacientes levamos e lá é feito uma segunda avaliação. (G/CH)

Ao nível ambulatorial há relatos de dificuldades quanto ao referenciamento e acesso principalmente a determinadas especialidades, bem como a distância em termos de deslocamento desde o Chuí/RS até o destino. Como destaques positivos surge a possibilidade de acesso via e-mail para agendamento no Hospital Universitário em Rio Grande/RS. Quanto ao conselho municipal de saúde, este não tem uma atuação conforme suas expectativas.

Trabalhamos com o centro de referência em Porto Alegre. Bagé é de muita demora. Endócrino para conseguir em Porto Alegre é demorado. Banco de olhos também, seis meses, um ano. Tem gente aguardando na fila há dois anos. Tem que ser um caso grave, e mesmo assim não é fácil. O hospital universitário tem um e-mail só de agendamento; não pode ser enviado para os profissionais ou chefia; só por e-mail do agendamento. (R/CH)

O conselho municipal de saúde não está "tendo" uma participação muito grande. Seria bom se participassem e agissem mais. (G/CH)

Na verdade é bem tecnicamente, não têm uma participação muito grande.

(R/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, para a gestão e coordenação da atenção básica, a dificuldade em acessar a média complexidade é atribuída à maior demanda do que oferta. No entanto, reconhece alguma facilidade na pactuação com o município do Rio Grande/RS, destacando algumas especialidades. Quanto ao conselho local de saúde, este é visto como um órgão fiscalizador das ações da gestão.

São muitos pacientes. A dificuldade encontrada é na marcação e na demora. Depende da especialidade que necessita. (C/ESF/SVP)

Temos mais demanda do que oferta e dificuldade de acessar várias especialidades. Mas com nossa referência em Rio Grande, contemplamos quase tudo que está pactuado. Temos bons exemplos, da traumatologia, da cardiologia e oncologia, entre outros. (G/SVP)

O nosso conselho é bem atuante, bem participativo, mas é um órgão fiscalizador. Fiscalizam as ações da secretaria, aplicações de recursos [...] no acesso especificamente não interferem. (G/SVP)

O nosso conselho atua mais como fiscalizador; não atua muito na parte de resolver as questões. (C/ESF/SVP)

Componente Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)

Neste Componente é importante verificar a existência de um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através de reforço da APS¹ (C3/QA “I”) bem como a utilização de instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS¹ (C3/QA “II”).

No município do Chuí/RS, tanto a substituição da atenção ambulatorial especializada quanto à contrarreferência não foram mencionadas pelos entrevistados. No entanto, houve relato de peculiaridades na assistência por estar o município situado em zona de fronteira.

Estamos implantando a estratégia, mas temos uma diferença: no lado brasileiro moram muitos uruguaios e eles são atendidos lá. (G/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, o processo de substituição está em fase de ajustes pela ainda não organização das novas equipes da ESF. Ainda assim é possível perceber iniciativas neste sentido, inclusive com trabalho em equipe multiprofissional. A contrarreferência foi manifestada pela gestão que refere recebê-la através de relatos de pacientes que foram atendidos.

[...] em algumas unidades não havia grupos. Fizemos uma participação mais ativa e eles começaram a formar os grupos, até porque algumas unidades se tornaram estratégia há apenas um ano. [...] noto significativa a formação de grupos principalmente de diabetes e hipertensos. (C/ESF/SVP)

Com nossa referência em Rio Grande percebemos que os pacientes são bem recebidos, e chegam sempre elogiando. (G/SVP)

Componente Sistemas de Apoio (C4)

No Componente Sistemas de Apoio, é importante verificar se o sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS¹ (C4/QA “I”) e um mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos¹ (C4/QA “II”). Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras¹ (C4/QA “III”).

No município do Chuí/RS, quanto à programação para a assistência farmacêutica feita a partir das necessidades da população e a existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, novamente surge a fragilidade da não estruturação da ESF bem como a não territorialização da RAS.

[...] compro um “x” de remédio, mas sempre vai chegar o dia que o médico deu outro remédio que não está na lista que comprei. Tem muita judicialização tanto consulta especializada como medicamento, é muita demanda [...]. (G/CH)

A população é carente e também é cultural. Tem a cultura que é obrigação da secretaria dar o medicamento [...]. (R/CH)

Tem muita judicialização para consulta especializada, medicamentos e exames. É muita demanda e aumenta a despesa de um município. Hoje está pior, os repasses do governo estadual não estão sendo feitos, houve uma demanda maior dos processos judiciais. Demora e o pessoal vai na justiça.
(G/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, quanto ao Componente Sistemas de Apoio, foi citado o elemento judicialização como recurso para ter acesso a medicamentos e em alguns casos a exames.

[...] acontece para medicamentos e para exames mais complexos. Às vezes são coisas simples, mas as pessoas por não conhecerem o sistema nem a existência de protocolos de acesso, vão direto a justiça. (G/SVP)

Componente Sistemas Logísticos (C5)

No Componente Sistemas Logísticos é importante verificar a existência de uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos¹ (C5/QA “I”; a existência de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário¹ (C5/QA “II”); se a equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens¹ (C5/QA “III”).

Igualmente importante é a verificação da existência de um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real¹ (C5/QA “IV”). E, se o sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestados com veículos adequados¹ (C5/QA “V”).

No município do Chuí/RS, quanto à elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS) é parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular o município está na fase de implantação dessas equipes e não possui uma base de dados única com toda a população nem com subpopulação de risco. Soma-se a isso a utilização de documentos aceitos nos dois países. Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS o município enfrenta dificuldades pela distância até os seus centros de referência

Tem dois bairros do lado brasileiro que vivem uruguaios e eles não querem ser atendidos aqui. [...] é inviável às vezes pela distância: Pelotas, Piratini, Bagé, Jaguarão e Porto Alegre. Rio Grande é perto, são quinhentos

quilômetros entre ida e volta. Isso é um gasto de recursos humanos e de material. E estamos a quatro horas de distância. (G/CH)

Hoje tivemos três viagens. Um paciente de hemodiálise, outro com prótese para Bagé e duas crianças para Jaguarão, que requerem acompanhantes. O paciente da prótese não pode ir apertado no carro. Não pode ir com o paciente de Rio Grande que é hemodiálise. Foram três veículos; um saiu às três horas da manhã. [...] é muito fácil chegar aqui e dizer “quero”, mas ninguém pensa que somos dependentes de outros municípios, de uma ida e vinda. Ir para outros municípios é uma dificuldade muito grande. Agora é a chuva. Tivemos que levar paciente para Porto Alegre e chegou um ponto que não tinha como cruzar. (R/CH)

Normalmente levamos dois ou três pacientes. Uma consulta é às oito, a outra às onze horas e a outra é às quatro da tarde. Vão e voltam todos juntos, passam o dia todo. Nós procuramos levar apenas um paciente quando é da hemodiálise, que é uma coisa muito complicada, o paciente já vai ruim, volta ruim. [...] os problemas com animais na pista é um gasto enorme para o município, porque seguidamente estão batendo em algum animal na estrada. Outra coisa ruim foi a greve dos caminhoneiros, aquela vez barrou tudo. (G/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, a elaboração e manutenção de uma base de dados da população, bem como o cartão de identificação de usuários (Cartão SUS) é parte inerente às atividades das equipes da ESF. Neste particular, o município está ainda na fase de implantação das novas equipes e não possui uma base de dados única com toda a população nem com subpopulação de risco. Quanto ao sistema de transporte em saúde integrado na RAS, o município enfrenta dificuldades em atender as exigências da comunidade, por ainda não possuir um módulo de transporte que supra as necessidades da população, fato este agravado pela distância a ser percorrida até os centros de referência.

[...] algumas unidades se tornaram estratégia há apenas um ano, então não tinha essa visão da estratégia. [...] como teve mudança na gestão, então agora queremos reunir esses dados para mostrar o que realmente está fazendo efeito. (C/ESF/SVP)

Nosso maior obstáculo é a distância. Os municípios mais próximos são Rio Grande e Pelotas, a duzentos e cinquenta quilômetros. Levamos pacientes a Porto Alegre, a Piratini, a Jaguarão, a Lajeado. Temos vans, ambulâncias e carros, além de convênio com empresas de ônibus. Ainda assim não é suficiente. Nossos centros de referência são muito distantes, isso acaba comprometendo o orçamento da secretaria, porque além do combustível e das diárias de motoristas, ainda temos o custo com manutenção, com seguros de veículos. (G/SVP)

Idoso e criança é obrigatório e, dependendo da pessoa e do procedimento que for fazer, é necessário o acompanhante. [...] uma de nossas ambulâncias mais novas, que tinha vindo do conserto, estava com uma semana de uso e semana passada sofreu um acidente na entrada para Rio Grande. Nossas viaturas saem daqui, às duas ou três horas da manhã, porque elas chegam em Rio Grande, passam em Pelotas, depois voltam a Rio Grande, recolhendo os pacientes. Muitas vezes tem que ir a Porto Alegre, sai à meia noite para chegar a tempo de o primeiro paciente consultar. Além do desgaste para o paciente que está debilitado, ele ter que ficar esperando horas, nessa viagem longa e ainda ficar esperando pelos outros pacientes consultarem, para retornarem juntos. (G/SVP)

Componente Sistema de Governança da Rede (C6)

Neste Componente é importante verificar se este “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”¹ (C6/QA “I”). Igualmente importante é a existência de monitoramento e avaliação da RAS¹ (C6/QA “II”) e se esta avaliação contempla as realizadas pelas pessoas usuárias¹ (C6/QA “III”). A contratualização dos prestadores de serviços também deve ser observada neste componente da rede¹ (C6/QA “IV”).

No município do Chuí/RS, a governança da rede é descrita pelo gestor que destaca dificuldades desse processo. Dificuldades estas com relação ao referenciamento, quanto ao contrato com serviço privado e com a ainda não avaliação de sua RAS. Ocorrem casos inclusive de a própria regulação em saúde orientar quanto a judicialização.

Querem consultas com especialistas que demora meses e eles não entendem que não depende apenas de nós. [...]. Temos atendimento do convênio privado [...] com vários médicos atendendo, mas mesmo assim acontece. Às vezes as pessoas não têm conhecimento: “Ah! lá o Chuí, o Chuí não é nada, é uma vila”. Mas é uma vila que tem gente, tem pessoas. Nem ponho a culpa no sistema, na informatização, mas na demanda que começou a aumentar e não estamos conseguindo acompanhar. (G/CH)

A gente tenta fazer trabalhos sociais nas escolas e com as famílias; não está funcionando, tem alguma coisa que está faltando. (G/CH)

“Endócrino” e Banco de olhos em Porto Alegre tem gente aguardando há dois anos. Só um caso grave, e mesmo assim não é fácil. A gente aconselha as pessoas: “olha, não temos mais por onde fazer; ou entra via judicial ou não tem”. (R/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, quanto à governança da rede, a gestão e coordenação da atenção básica destacam algumas dificuldades desse processo, inclusive com casos de judicialização. Quanto ao monitoramento e avaliação da RAS, estas ainda estão no aguardo para avaliar os efeitos da implantação de novas equipes da ESF.

Acessamos vários sistemas e, conforme são liberadas as consultas, fazemos os encaminhamentos. Sempre temos muito mais demanda do que oferta; então temos dificuldade de acessar várias especialidades. Quando o sistema nos oferta consultas que estejam restando de outros municípios, nós tentamos nos enquadrar; e quando não conseguimos acessar dessa maneira, fazemos contato com os municípios, com outros gestores. (G/SVP)

Procuramos respeitar todos os sistemas, mas não vou dizer que conseguimos êxito. Às vezes procuramos de todas as formas, porque é difícil exames ou procedimentos mais complexos estarem sobrando, mas se estiver sobrando e algum outro município possa compartilhar conosco, vamos atrás. (G/SVP)

Muitas vezes nos sentimos impotentes de não conseguir ajudar. O paciente espera da gente o resultado que não aparece de forma imediata. Acabam

acontecendo os processos judiciais, porque não existe outro caminho, o paciente não pode esperar e acaba acontecendo deles entrarem na justiça para tentar agilizar a situação. (G/SVP)

Quando tem dificuldade, eles vêm aqui e a nossa gestora tenta resolver da melhor forma, mas às vezes acontece o inverso; eles vão na justiça primeiro. (C/ESF/SVP)

Mesmo que a nossa referência não seja para determinado município, tentamos encaminhar o paciente, através de uma pessoa conhecida que tenha lá. É a vida do paciente que não pode esperar. (G/SVP)

Temos 13 médicos do Programa Mais Médicos e 15 equipes da estratégia. Com o aumento do número de médicos, conseguimos ampliar a cobertura da estratégia. Queremos avançar um pouco mais e realizar uma avaliação. (G/SVP)

Ainda não fizemos uma avaliação. A gente está se propondo agora no segundo semestre fazer, porque como teve a transição da gestão, então agora queremos unir esses dados para mostrar mesmo que realmente está fazendo efeito. (C/ESF/SVP)

Componente Modelo de Atenção à Saúde (C7)

No Componente Modelo de Atenção à Saúde, é importante verificar se este articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde¹ (C7/QA “I”); se inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede¹ (C7/QA “II”); se as RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera¹ (C7/QA “III”); e se estas listas são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com deficiência de oferta¹ (C7/QA “IV”).

No município do Chuí/RS, quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, é possível perceber, pelos relatos já descritos nos componentes anteriores quanto a relação às dificuldades em compor as equipes da ESF. Fato semelhante ocorre em Santa Vitória do Palmar/RS, quanto à articulação de subpopulações e promoção da saúde, estas

estão atreladas às atividades das equipes da ESF, as quais se encontram em expansão no momento.

Quanto à lista de espera construída com base em riscos, os relatos em ambos os municípios apontam mais para atendimentos baseados em demanda do que em critérios de riscos e evidências. Dificuldades estas fazem com que os gestores se articulem de outras formas para suprir as necessidades da população

Somos 23 municípios, 23 secretários e mantemos contatos uns com outros. Criamos via internet um canal e quase que diariamente nos comunicamos e nos ajudamos. Chuí, Pelotas, Rio Grande, Santa Vitória. Criamos uma rede social. Às vezes precisamos de alguma coisa simples, um leito: “manda que tenho um leito aqui”. Todos lutam pela microrregião. (G/CH)

Acessamos vários sistemas e conforme são liberadas as consultas, fazemos os encaminhamentos. Sempre temos muito mais demanda do que oferta. Então temos dificuldade de acessar várias especialidades. Quando o sistema nos oferta consultas que estejam restando de outros municípios, nós tentamos nos enquadrar e quando não conseguimos acessar dessa maneira, fazemos contato com os municípios, com outros gestores. (G/SVP)

Após descrever as falas dos participantes entrevistados com a aplicação do questionário para avaliação do grau de integração das RASs conforme metodologia proposta,^{14, 1} com adaptação para este estudo, é possível interpretar a RAS, com olhar a partir dos municípios do Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS. Desse modo, após a inserção e contagem dos escores obtidos das QA e dos componentes da RAS, apresentamos resultado total desses municípios.

O município do Chuí/RS (Caso 1) obteve escore igual a 17. Esta pontuação sugere ser a RAS desse município um sistema fragmentado com incapacidade para operação.

O município de Santa Vitória do Palmar/RS (Caso 2), obteve escore igual a 29. Esta pontuação sugere ser a RAS desse município como uma RAS incipiente com capacidade básica para operar.

Após a inserção e contagem dos escores obtidos das questões avaliativas e dos componentes da RAS, o resultado total dos municípios estudados encontra-se apresentado no Quadro Único.

Quadro Único. Componentes da RAS, Questões Avaliativas e Escores, Estudo de Caso, 2016.

Itens a serem considerados como foco durante as entrevistas		Município/escore	
Componente (C)	Questão Avaliativa (QA)	Chuí	Santa Vitória do Palmar
C1 População	I) Há definição das necessidades de saúde desta população?	0	2
	II) Há um processo de territorialização da RAS?	1	3
C2 Atenção Primária à Saúde	I) A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?	0	2
	II) Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?	0	0
	III) As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?	1	1
	IV) Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?	2	2
	V) Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?	1	1
C3 Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários	I) No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?	1	2
	II) Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?	0	0
C4 Sistemas de Apoio	I) O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?	1	1
	II) O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?	1	1
	III) Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?	0	0
C5 Sistemas Logísticos	I) Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?	1	2
	II) Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?	1	2
	III) A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?	0	0
	IV) Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?	1	2
	V) O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?	2	2
C6 Sistema de Governança da Rede	I) Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”).	1	1
	II) Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?	0	0

	III) Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?	0	0
	IV) Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?	1	1
C7 Modelo de Atenção à Saúde	I) O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?	1	2
	II) O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?	1	2
	III) As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?	0	0
	IV) As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?	0	0
Total		17	29

DISCUSSÃO

Após a inserção e contagem dos escores obtidos das QA o resultado total entre os sete componentes, nota-se que os municípios da Microrregião obtiveram escores variando entre um Sistema Fragmentado com incapacidade para operação, Caso 1, no município do Chuí/RS; e Rede de Atenção à Saúde Incipiente com capacidade básica para operar, Caso 2, município de Santa Vitória do Palmar/RS.

Ainda sobre a caracterização das RAS, segundo Mendes, além da análise quantitativa, deve-se fazer uma análise qualitativa, selecionando-se especialmente os valores 0 e 1, relativos a cada uma das questões, analisadas numa dimensão horizontal. Esses pontos críticos poderão servir de referência para um plano de desenvolvimento institucional da(s) rede(s) de atenção à saúde.¹

Neste sentido, vale destacar que conforme os escores obtidos nas questões avaliativas, a maior pontuação ocorreu no Componente População (C1) (QA “II”). Nisso, o município de Santa Vitória do Palmar/RS obteve o escore máximo, três, o único entre todas as QA, tendo o município do Chuí/RS recebido escore 1 (um).

Este escore máximo poderia significar uma melhor estruturação dessa RAS, no entanto, o Componente Sistema de Governança da Rede (C6), na C6/QA “I”, nenhum dos municípios obteve o escore máximo. Aí Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS obtiveram escore 1 (um).

Com esta comparação é possível perceber que, mesmo com iniciativas favoráveis ao processo de territorialização, e como a própria denominação diz “processo”, portanto em

desenvolvimento, a governança ainda não encontra meios de utilizar esse instrumento gerencial.

Esta constatação apresenta-se como importante no sentido de que “O ente de governança das RASs deve atuar por meio de sistemas gerenciais eficazes como o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação.”^{1:176} E ainda, sendo o processo de territorialização um instrumento gerencial fundamental para a governança das RASs, o processo de territorialização “constitui-se na definição dos diferentes espaços de vida das populações e que dão a base territorial para a constituição das RASs. Esses espaços concretizam-se nos PDRs”.^{1:176}

As avaliações apresentaram ainda 8 QA com escores zero em ambos os municípios. A ocorrência desses escores baixos foi verificada nos componentes C2, C3, C4, C5, C6 e C7, conforme apresentado no Quadro Único.

No Componente 2 (C2), esta ocorrência verificou-se na C2/QA “II”. A importância dessa constatação reside no sentido de que uma APS de qualidade deve cumprir três funções essenciais: a resolubilidade, a comunicação e a responsabilização. “A função de comunicação expressa o exercício, pela APS, de centro de comunicação das RASs, o que significa ter condições de ordenar os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações entre os diferentes componentes das redes.”^{1:98}

No Componente 3 (C3) o escore negativo verificou-se na C3/QA “II o que vem ao encontro do que assegura Mendes sobre a situação da contrarreferência nas RASs. Para este autor:

Os especialistas, no modelo de RASs, cumprem, em geral, o papel de interconsultor e de suporte para as ações da equipe de APS. As evidências demonstram que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os generalistas. O modelo tradicional da referência e contrarreferência não é efetivo.^{1:106}

No Componente 4 (C4) esta ocorrência verificou-se na C4/QA “III” e, no Componente 5 (C5) verificou-se na C5/QA “III”. Nestes dois componentes o motivo do escore negativo parece ter a mesma origem, a fragmentação do sistema.

Segundo Mendes,¹ o sistema de apoio diagnóstico e terapêutico acompanha o sistema fragmentado, sem comunicação fluida com a APS e com os pontos de atenção secundária e terciária. Desta forma não raramente um mesmo exame pode ser solicitado em cada ponto de atenção à saúde, gerando desconforto para as pessoas usuárias e desperdício para o sistema.

Ao encontro de minimizar esses problemas, para o autor:¹

O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico deve ser integrado nas RASs, como um componente transversal de todas as redes temáticas. Para isso, esse sistema deve ser construído com base nos princípios das RASs, conjugando, dialeticamente, escala, qualidade e acesso e se distribuindo, otimamente, pelos territórios locais, microrregionais e macrorregionais, de acordo com as suas densidades tecnológicas e com a disponibilidade de recursos para operá-lo^(1:117):

No Componente 6 (C6), o escore baixo foi em duas QA. Na C6/QA “II” e na C6/QA “III”. O escore negativo nestas QA requer atenção por ser de importância destacada ao produzir evidências as quais podem ser de grande valia para a gestão. Esta assertiva pode ser melhor entendida segundo Mendes ao destacar que:

A avaliação dos serviços de saúde consiste numa intervenção episódica sobre os serviços de saúde de modo a analisar explicações alternativas ou a utilizar múltiplas linhas de evidências; ela estabelece relações entre os componentes e analisa os resultados esperados e não esperados dos serviços de saúde; ela faz-se com utilização de técnicas de pesquisa avaliativa; ela é uma atividade organizacional especializada conduzida por avaliadores; ela pode ser feita interna e externamente; e ela produz evidências^(1:198).

Ainda quanto à importância da avaliação, esta reside em criar complementaridades entre os atores, articulando as bases de suporte decisório para desenvolver atividades sinérgicas, e deslocando o eixo do controle dos processos para o controle dos objetivos e das metas, construídos coletivamente, e explicitados no planejamento estratégico.⁸

No Componente 7 (C7) o escore também foi baixo em duas QA. Na C7/QA “III” e na C7/QA “IV”. A importância de identificar esta fragilidade da RAS da microrregião estudada justifica-se pelo fato de que a implantação das RASs exige uma intervenção concomitante sobre as condições crônicas e sobre as condições agudas.

Para atender devidamente as condições agudas e as decorrentes das agudizações das condições crônicas, faz-se necessária a implantação das redes de atenção às urgências e às emergências, distribuindo equilibradamente, por todos os seus pontos de atenção à saúde, os usuários segundo seus riscos.¹

Mendes aponta para as dificuldades em organizar os hospitais terciários de urgência e emergência sem diminuir o fluxo de usuários portadores de urgências classificadas como de menor risco. No entanto estes usuários precisam ser atendidos na APS, que por sua vez necessita da implantação do modelo de atenção às condições crônicas para que possa atender este tipo de urgências. Modificações estas que, no médio e longo prazo, diminuirão a demanda às unidades de urgência e emergência.¹

Para o autor a importância da implantação do modelo de atenção às condições crônicas, principalmente no seu componente de gestão da clínica, com estratificação de riscos está justamente em “organizar a atenção às condições crônicas, liberando tempo das equipes de saúde da APS para atender, além das ações programadas, as ações não programadas das urgências menores que se apresentam, nessas unidades, sob a forma de demanda espontânea”^{1:209-10}.

CONCLUSÃO

Nenhum dos municípios estudados apresentou Capacidade Ótima para operar RASs, o que indica que na microrregião não há uma Rede Integrada de Atenção à Saúde.

As dificuldades no município do Chuí/RS, quanto ao componente população, foram atribuídas, em parte, ao fato de o município ser zona de fronteira com o Uruguai. No entanto, esta dificuldade surge igualmente quanto à delimitação territorial entre os municípios do Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS.

Em Santa Vitória do Palmar/RS, com relação à nova configuração para a assistência à saúde, o gestor reconhece que o Programa Mais Médicos proporcionou a ampliação do número de unidades da ESF e a garantia de acesso da população ao serviço. Avalia como positiva esta nova realidade, no entanto, faz referência ao aumento da demanda tanto para exames quanto para especialidades médicas.

As situações identificadas são características de um RAS sem territorialização definida, em que a população ainda não teve suas necessidades identificadas, salvo as de demanda. Derivam daí os relatos de dificuldades quanto ao referenciamento e acesso principalmente a determinadas especialidades, sendo esta dificuldade atribuída a maior demanda do que oferta.

Neste particular, o município do Chuí/RS está ainda na fase de implantação de equipes da ESF e não possui uma base de dados única com toda a população nem com subpopulação de risco; e os prontuários são individualizados e não por famílias conforme preconizado pela ESF. Santa Vitória do Palmar/RS, embora em fase mais adiantada está ainda na fase de implantação das novas equipes da ESF.

Já a utilização de documentos aceitos nos dois países, tal como ocorre no município do Chuí/RS, pode ser considerada uma facilidade quando da existência de sistemas integrados ou uma fragilidade quando não, tal como no caso dessa microrregião.

Quanto ao processo de substituição, de referência e contrarreferência, estão prejudicados justamente pela ainda não organização das equipes da ESF. A contrarreferência foi mencionada pelo reconhecimento da assistência prestada pelo município para o qual os usuários são referenciados, o que, nesse caso, seria uma contrarreferência, não técnica mas sim de percepção.

No que tange à verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, parece também haver desencontros, gerando tal como a questão da assistência farmacêutica, casos de judicializações. Embora atribuída ao desconhecimento por parte da população dos fluxos necessários a serem percorridos, esta questão pode ser um indicativo da não existência de mecanismos para distribuição racional de medicamentos bem como de protocolos para exames.

Quanto ao monitoramento e avaliação da RAS, em ambos os municípios da microrregião estas ainda estão no aguardo da efetiva implantação da ESF e as ações de saúde realizam-se por demanda.

A governança da rede é descrita pela gestão que destaca algumas facilidades e dificuldades desse processo. Ao mesmo tempo em que o Chuí/RS é um município pequeno no sentido populacional, é também uma preocupação para o gestor quanto à demanda que aumenta. Entre as dificuldades apresentadas encontra-se o convênio com empresa prestadora de serviços de saúde, onde embora o número de especialidades à disposição da comunidade seja motivo de destaque, a efetiva prestação do serviço é ainda insuficiente.

Ainda sobre a governança da rede, a dificuldade quanto à regulação parece não ser quanto ao seu processo e sim pela grande demanda. Neste aspecto, a gestão em Santa Vitória do Palmar/RS relata que acessa os sistemas de regulação, mas que também faz contato direto com outros gestores municipais. No entanto, ainda que estas ações da gestão sejam realizadas no intuito de resolver as questões de acesso, não são suficientes e, na ausência de solução para suas demandas, os usuários acabam entrando na justiça para serem atendidos, podendo chegar inclusive ao exagero.

A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta no Chuí/RS parece causar uma inconformidade com o sistema, impulsionando a própria gestão a tensioná-lo. Vezes organizando-se extraoficialmente em redes sociais, vezes orientando os usuários a utilizarem a alternativa da via judicial para terem seus pleitos atendidos.

Em Santa Vitória do Palmar/RS, parece ser uma dificuldade a ser equacionada, inclusive existindo tensão no sistema. Tensão esta originada pela articulação extrarrede que pode ser percebida na interlocução direta do gestor com o município de referência para o atendimento de suas necessidades de saúde.

Outras questões igualmente importantes foram identificadas, mesmo que não com o escore zero nas QA. Entre as mesmas é possível destacar a questão do sistema de transporte em saúde integrado na RAS, onde foi possível perceber que, embora todo o esforço da gestão, os municípios enfrentam dificuldades pela distância até os seus centros de referência bem como com a manutenção da frota. Associam-se a isso os perigos da estrada no percurso de deslocamento.

Esta dificuldade é manifestada pela gestão que destaca os custos com manutenção, com combustível e com pessoal. Existe ainda outra preocupação em decorrência da distância a ser percorrida tal com as dificuldades enfrentadas pelos pacientes debilitados, a necessidade de adaptação para o deslocamento de acompanhantes para os mesmos e os riscos de acidentes com as viaturas no deslocamento.

As limitações na operacionalização da RAS identificadas neste estudo remetem à importância de estudar e entender a problemática dos pequenos municípios tal como as tensões, as dificuldade de acesso aos serviços e a cooperação intergestores.

REFERÊNCIAS

1. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
2. Castells M. A sociedade em rede. 4ª ed. v. 1. São Paulo (SP): Paz e Terra; 2000.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF). Diário Oficial da União, publicado em 31/12/2010, Seção I, p. 89.
4. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016. Brasília (DF); 2013 [acesso em: 2014 Abr 20]. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>.

5. Secretaria de Estado da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. 2002 [acesso em: 2014 Mai 20]. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf.
6. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Seminário AB 2014. Revista COSEMSRS. 2014; (7)/: 21-33.
7. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Regimento interno CIB-RS..[acesso em: 2014 Ago 25]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/285/Regimento_Interno_da_CIB-RS.
8. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. Rio Grande. Síntese das informações [acesso em: 2014 Abril 20]. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=16&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|sintese-das-informacoes>.
9. Fleury S; Ouverney AM. Gestão de redes: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro (RJ): FGV; 2007.
10. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010. 248p.
11. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. 164; p.
12. Appolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. 2ª ed. São Paulo (SP): Cengage Learnig; 2012.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispões sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [acesso em: 2014 Abril 08]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>.
14. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010 (4).

9.2 ARTIGO 2

O TENSIONAMENTO DO ACESSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE

Resumo: Estudo de Casos Múltiplos Integrados, com o objetivo de identificar outras formas de acesso, que não a pactuada entre os gestores, ao ambulatório do Hospital Universitário de referência na Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul/RS. A coleta dos dados foi por entrevistas, entre julho de 2015 e julho de 2016, utilizando um roteiro elaborado,

inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação das Redes de Atenção à Saúde e em uma adaptação baseado no questionário proposto por Eugênio Vilaça Mendes, para avaliação do seu grau de integração. As Unidades Integradas de Análise foram as Secretarias Municipais de Saúde (Unidade 1) da microrregião estudada e o Hospital Universitário de referência (Unidade 2). Foram participantes gestores, profissionais de saúde, serviço de regulação em saúde e representantes do controle social. A análise foi por meio da Análise Textual Discursiva e o *corpus* analisado a partir dos textos produzidos por entrevistas (Evidência 1) e documentos (Evidência 2). Constatou-se que existem tensionamentos por diversos atores envolvidos na rede: as exercidas pelos usuários; as exercidas aos e pelos profissionais de saúde; as exercidas por e entre os gestores; e as exercidas pelo controle social. É possível identificar a existência de tensionamentos como forma de acesso ao serviço do ambulatório e que se faz necessário uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Assistência à Saúde. Referência e Consulta.

INTRODUÇÃO

O Ministério da Saúde (MS) define Rede de Atenção à Saúde (RAS) como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”.^{1:4} Visa à estruturação da RAS como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde, aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.¹

Para Mendes,² as Redes de Atenção à Saúde (RASs) não são arranjos poliárquicos entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. Para o autor, é imprescindível incorporar como ponto central dessa RAS o critério de acesso, onde o “desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde”.^{2:75}

Quanto ao acesso aos serviços de saúde, a Organização Mundial da Saúde propôs um conceito de acesso baseado na cobertura efetiva, entendida como a proporção da população que necessita de um determinado procedimento de saúde e que o consegue efetivamente.³

Em 2014, foi adotada, pela Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) e os seus Estados-Membros, a resolução CD53/5, Rev. 2 -

Estratégia para o Acesso Universal à Saúde e Cobertura Universal de Saúde (Saúde Universal).⁴

Esta resolução define que o Acesso Universal é a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero. E que Cobertura de Saúde é a capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população, incluindo a disponibilidade de infraestrutura, de recursos humanos, de tecnologias da saúde (inclusive medicamentos) e de financiamento.⁴

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, estando estas implicadas quanto à localização da unidade de saúde, à disponibilidade de horários e aos dias de atendimento, com a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção da população quanto à adequação do acesso ao serviço.⁵

A atual política de atenção à saúde propõe estruturar as RASs em cada território, definindo as regiões de saúde, a partir da pactuação em cada Estado, pelo conjunto dos municípios.⁶ Neste contexto, no Rio Grande do Sul (RS), a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), com sede no município de Pelotas/RS, é responsável pela coordenação de 22 municípios.⁷ Entre estes municípios encontram-se Rio Grande/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, Chuí/RS e São José do Norte/RS, que constituem, entre si, duas microrregiões de saúde.⁸

O Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do RS apresenta as microrregiões de saúde, conceituadas como “a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”.^{9:22} A microrregião Rio Grande é um módulo assistencial com sede localizada na cidade do Rio Grande/RS e tem por abrangência os municípios de Rio Grande/RS e São José do Norte/RS. Apresenta igualmente a microrregião de Santa Vitória do Palmar, com sede no município de mesmo nome e com abrangência em Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.⁹

Ainda sobre a definição de microrregião, de acordo com a Constituição Brasileira de 1988, trata-se de um agrupamento de municípios limítrofes. Sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar estadual;¹⁰ A Microrregião do Litoral Lagunar é uma das microrregiões do RS e os municípios que a integram são o Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, Rio Grande/RS e São José do Norte/RS.¹¹

Na busca de identificar características da rede regionalizada e hierarquizada de saúde na Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, levando-se em consideração que na temática “rede de atenção à saúde” não estão contemplados somente os aspectos da

complexidade tecnológica, mas também os atores que integram essa rede, realizou-se um Estudo de Caso com o objetivo de identificar outras possíveis formas de acesso, que não a pactuada entre os gestores, ao ambulatório do Hospital Universitário de referência para a média complexidade na microrregião.

MÉTODOS

Trata-se de um artigo oriundo da tese de doutorado em enfermagem, intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na Rede de Atenção à Saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”.

Foi realizado um estudo descritivo/exploratório, com uma abordagem qualitativa, por meio de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados,¹² em que a metodologia utilizada para a análise foi a Análise Textual Discursiva¹³ e o *corpus* foi analisado a partir do conjunto de textos produzidos por entrevistas (Evidência 1) e de documentos (Evidência 2).

As Unidades Integradas de Análise (UIA) foram as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul: Chuí/RS (UIA 1, Caso 1), Santa Vitória do Palmar/RS (UIA 1, Caso 2), São José do Norte/RS (UIA 1, Caso 3) e Rio Grande/RS (UIA 1, Caso 4).

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), foi considerado no estudo como Unidade Integrada de Análise 2, em decorrência de ser referência em nível regional de média complexidade. No HU/FURG, além das entrevistas, foram utilizadas também informações documentais que para este estudo de caso considerou-se como Evidência 2.

Foram sujeitos do estudo 31 participantes e, com o objetivo de contemplar questões importantes a serem observadas durante a análise dos dados, tal como o anonimato e a privacidade dos participantes,¹⁴ foram utilizadas siglas conforme apresentado a seguir.

No município do Chuí/RS, participaram o secretário da SMS (G/CH); a funcionária do serviço de regulação (R/CH); a enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) (ENF/UBS/CH); o médico da Unidade Saúde da Família (USF) (MED/ESF/CH); e o presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (CS/CH).

Em Santa Vitória do Palmar/RS, participaram a secretária da SMS (G/SVP); a coordenadora da ESF (C/ESF/SVP); a médica da ESF (MED/ESF/SVP); a enfermeira da ESF (ENF/ESF/SVP); e a presidente do CMS (CS/SVP).

Em São José do Norte/RS, participaram a secretária adjunta da saúde (G/SJN); a enfermeira da ESF, equipe 1 (ENF/ESF1/SJN); a enfermeira da ESF, equipe 2 (ENF/ESF2/SJN); a coordenadora dos programas de saúde (C/PS/SJN); o médico da ESF, equipe 1 (MED/ESF1/SJN); o médico da ESF, equipe 2 (MED/ESF2/SJN); a coordenadora da atenção básica (C/AB/SJN); a funcionária do serviço de regulação (R1/SJN); o funcionário do serviço de regulação (R2/SJN); e a presidente do CMS (CS/SJN).

No município de Rio Grande/RS, participaram a secretária adjunta da saúde (G/RG); a enfermeira da ESF, equipe 1 (ENF/ESF1/RG); a enfermeira da ESF, equipe 2 (ENF/ESF2/RG); a médica da ESF, equipe 1 (MED/ESF1/RG); a médica da ESF, equipe 2 (MED/ESF2/RG); a coordenadora da ESF (C/ESF/RG); o funcionário do serviço de regulação (R/RG); e o presidente do CMS (CS/RG).

No HU/FURG, os participantes da pesquisa foram a diretora adjunta (G/HU); a enfermeira coordenadora do ambulatório (C/AMB/HU); e a funcionária que atua nas ações de regulação na instituição (R/HU).

Após a realização de um Estudo de Caso-Piloto, conforme recomendado pela metodologia,¹² deu-se início a este Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

A coleta dos dados ocorreu entre julho de 2015 e julho de 2016 e foi realizada por meio de entrevistas utilizando um roteiro semiestruturado.¹⁵ Para tanto houve o deslocamento do pesquisador até os municípios, sendo as entrevistas gravadas e transcritas. Para acessar os documentos da Evidência 2, foi obtido o consentimento da direção do HU/FURG.

Os itens que compõem os instrumentos para a entrevista e que serviram como foco de orientação do entrevistador foram elaborados em parte e adaptados, com base na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁶ para avaliação das RASs e também no questionário proposto por Mendes² para avaliação do grau de integração das RASs, construído a partir das concepções teórica e operacional, medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

Os aspectos éticos foram respeitados, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o Parecer CEPAS 17/2015.

RESULTADOS

Conforme os relatos obtidos durante as entrevistas, Evidência 1, fonte documental Evidência 2 e realização da análise conforme metodologia proposta, foi possível constatar que existem tensionamentos do sistema por parte dos diversos atores envolvidos na RAS, como forma de acesso ao serviço de saúde.

Foram entrevistados 31 participantes, 21 deles fizeram referência a tensionamento quanto ao acesso aos serviços de saúde. Serão apresentadas, portanto, as falas dos participantes. Esta relação pode ser melhor visualizada na apresentação do quadro abaixo.

Quadro Único. Unidades Integradas de Análise, Participantes e Tensionamentos no sistema. Estudo de Casos Múltiplos Integrados. 2016.

Unidade Integrada de Análise (UIA)	Participante	Tensionamentos no sistema			
		Por ação dos usuários	Aos/pelos profissionais de saúde	Por/entre os gestores	Pelo controle social
Chuí/RS	MED/ESF/CH	X	X		
	ENF/UBS/CH	X			
	G/CH			X	
	R/CH	-	-	-	-
	CS/CH			X	
Santa Vitória do Palmar/RS	MED/ESF/SVP		X		
	ENF/ESF/SVP	X			
	G/SVP		X	X	
	C/ESF/SVP	-	-	-	-
	CS/SVP				X
São José do Norte/RS	MED/ESF1/SJN	X			
	MED/ESF2/SJN	-	-	-	-
	ENF/ESF1/SJN	X			
	ENF/ESF2/SJN		X		
	G/SJN	-	-	-	-
	C/PS/SJN			X	
	C/AB/SJN	-	-	-	-
	R1/SJN			X	
	R2/SJN	-	-	-	-
CS/SJN	-	-	-	-	
Rio Grande/RS	MED/ESF1/RG		X		
	MED/ESF2/RG		X		
	ENF/ESF1/RG	-	-	-	-
	ENF/ESF2/RG		X		
	G/RG	-	-	-	-
	C/ESF/RG	-	-	-	-
	R/RG			X	X
	CS/RG	X			
Hospital	G/HU	X	X	X	

Universitário	C/AMB/HU		X		
	R/HU	X		X	X

Entre as ocorrências de tensionamentos, é possível destacar pelo menos quatro: as exercidas pelos usuários; as exercidas aos e pelos profissionais de saúde; as exercidas por e entre os gestores; e as exercidas pelo controle social.

Tensionamentos no sistema por ação dos usuários

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 1, quanto ao tensionamentos no sistema por ação dos usuários, identificaram que, nos municípios do Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS e São José do Norte/RS, o tensionamento por parte dos usuários é identificado conforme relato dos profissionais de saúde.

Mesmo os brasileiros acessam lá, porque estamos na fronteira e tem cidadania brasileira e uruguaia; a mesma coisa exames; muitas vezes sai mais rápido lá do lado uruguaio do que aqui. (MED/ESF/CH)

[...] o cartão SUS eles conseguem fácil. Não tem nada que divida a fronteira [...] tem um parente aqui, dá o endereço e consegue o cartão SUS. Atendemos muito uruguaio para imunização. (ENF/UBS/CH)

Não existe uma regulação ou avaliação eficiente; então as pessoas acabam por políticas tendo acesso a medicamentos ou a consultas, de passar na frente da fila. (ENF/ESF/SVP)

Atendi um paciente com quadro sugestivo de angina, um caso agudo. Escrevi cardiologia urgente e referenciei. Aí ele me perguntou: “Doutor, quanto tempo vai demorar para eu ser atendido?” [...]. Aí ele me disse: “E se eu for lá no hospital de cardiologia, dizendo que estou sentindo dor, eles me atenderiam?”. [...] Quer dizer, existe uma deficiência na referência, a gente percebe isso e o paciente também. (MED/ESF1/SJN)

Uma criança foi para Rio Grande, lá na FURG, para ver se conseguia atendimento. Fizemos a nossa parte. Não era urgente, mas a mãe ficou preocupada. O médico viu, prescreveu, mas ela foi lá. (ENF/ESF1/SJN)

No município do Rio Grande/RS, o tensionamento pelos usuários é identificado conforme relato do controle social.

[...] então por que eu vou lá na unidade básica se eu posso ir na Santa Casa? Eu acho que o fluxo das referências é bom. [...] tem alguns casos que, devido à proximidade com Santa Vitória e São José do Norte, o fluxo se confunde. [...] eles vêm consultar aqui sem serem referenciados. (CS/RG)

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 2: No HU/FURG, o tensionamento por parte do usuário é identificado conforme relato do serviço de regulação e pela gestão.

[...] Como não conseguem através da secretaria, eles fazem contato com o hospital. (R/HU)

A sensação que temos em relação aos usuários é que eles procuram já o hospital. Criamos a cartilha do HU, na tentativa de fazer com que o cidadão saiba como e onde procurar atendimento. Ainda assim observamos que eles querem entrar pelo SPA, porque é a forma mais rápida de resolubilidade. (G/HU)

Tensionamentos no sistema exercidos aos e pelos profissionais de saúde

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 1, quanto aos tensionamentos no sistema exercidos aos e pelos profissionais de saúde: No município do Chuí/RS, esse tensionamento é identificado conforme relato do profissional de saúde. E, em Santa Vitória do Palmar/RS, é identificado conforme relato da gestão e do profissional de saúde.

É uma configuração que só o Chuí tem. Por falta de recursos, por facilidade de acesso, é mais fácil mandar para o lado do Uruguai. Eles usam o registro de fronteira e aí usa dos dois lados. Para nós, médicos, facilita; para o sistema de saúde brasileiro, acho que nem tanto. (MED/ESF/CH)

Aquele que está precisando mesmo, mas que não briga tanto, é o que não consegue saber como funciona, e aí o profissional de saúde orienta a ir à secretaria de saúde. (G/SVP)

[...] tem especialidade que é mais rápido; a gente liga para o profissional. (MED/ESF/SVP)

Em São José do Norte/RS e em Rio Grande/RS, os tensionamentos exercidos aos e pelos profissionais de saúde é identificado conforme relato dos profissionais de saúde.

Quando tenho necessidade de alguma especialidade que vejo que é urgente, faço contato e vou ver o que pode ser feito. (ENF/ESF2/SJN).

O médico da minha unidade trabalha como pediatra à noite no hospital do Norte. Se tiver algum problema, às vezes consegue alguma coisa, algum caminho que o médico mesmo resolve. (ENF/ESF1/SJN)

[...] tem especialidades que funcionam bem. A oncologia se consegue ligar e agendar quando tem um diagnóstico. A saúde da mulher também; ligamos e nos casos mais urgentes se consegue. Os exames laboratoriais são coletados aqui na unidade e entre quinze e vinte dias retorna. Gestante tem prioridade e, se tem um caso urgente, conversamos com o pessoal e conseguimos encaixar no dia da coleta. (MED/ESF1/RG)

[...] urgência oftalmológica que chega ao posto, ligamos para secretaria e eles conseguem uma consulta, pagam uma consulta particular. [...] “otorrino” vem de Bagé uma vez por semana, atende os pacientes ambulatoriais, mas as cirurgias têm que ser em Bagé. Tentamos conversar com a secretária da saúde antes dela sair para ver se operava aqui na Santa Casa; não conseguimos. (MED/ESF2/RG)

[...] para especialidades, sendo urgente, encaminhamos via telefone [...] “endócrino”, até mês passado estava fechada para casos novos. Quando precisamos para paciente diabético descompensado, insulínodépendentes, as médicas entram em contato direto com o pessoal da residência, que está lá no serviço de “endócrino”; eles fazem o acolhimento e dão retorno à unidade. (ENF/ESF2/RG)

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 2: No HU/FURG, os tensionamentos exercidos aos e pelos profissionais de saúde é identificado conforme relato da coordenação do ambulatório e da gestão.

[...] há vezes em que diante do que o paciente está trazendo e do nosso olhar clínico a ele, converso com o médico para compartilhar essa necessidade e então o paciente é atendido como extra. [...], procuro ser bastante criteriosa, porque os médicos sabem que, se a enfermeira pediu, é porque é preciso; então, consigo acessar de forma diferenciada e com responsabilidade quando tenho ciência do caso. (C/AMB/HU)

O HU recebe até de profissionais que não da rede, mesmo quando não somos referência. (G/HU).

Tensionamento por e entre os gestores

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 1: Quanto ao tensionamento por e entre os gestores, no município do Chuí/RS, este tensionamento é identificado conforme relato da gestão e do controle social.

Somos vinte e três secretários municipais e mantemos contatos uns com outros. Criamos via internet um canal e quase que diariamente nos comunicamos e nos ajudamos. Criamos uma rede social. Às vezes

precisamos de alguma coisa simples, um leito, “manda que tenho um leito aqui”. (G/CH)

A Barra do Chuí é aqui pertinho; pertence a Santa Vitória. Algumas casas ficam no Chuí, outras não. Nos ligam da prefeitura de Santa Vitória. Teve um acidente ali. Aí o Chuí leva para Santa Vitória, mas o custo desse atendimento é para o Chuí. A conta vem para o Chuí, o hospital de Santa Vitória cobra do Chuí. (CS/CH)

Em Santa Vitória do Palmar/RS o tensionamento por e entre os gestores é identificado conforme relato da gestão.

Quando o sistema oferta consulta que estejam restando de outros municípios, tentamos nos enquadrar. Quando não conseguimos dessa maneira, fazemos contato com os municípios, com outros gestores. Procuramos respeitar todos os sistemas. Procuramos, de todas as formas, exames ou procedimentos mais complexos, mas se estiver sobrando em algum outro município que possa compartilhar conosco, vamos atrás. (G/SVP)

Mesmo que a nossa referência não seja aquele município, tentamos encaminhar um paciente, através de uma pessoa conhecida que se tenha lá, porque é a vida do paciente que não pode esperar. (G/SVP)

Em São José do Norte/RS, o tensionamento por e entre os gestores é identificado conforme relato da coordenação de programas de saúde e do serviço de regulação.

Nossa referência pela PPI é o HU, mas não estão marcando gestante de alto risco. Por um acordo conseguimos mandar para Pelotas. Elas vão de lancha, depois vão até Pelotas de ônibus, pegam um ônibus circular da cidade, consultam e voltam. Muitas são do interior do Norte. (C/PS/SJN)

A cardiologia pediátrica ou a cirurgia pediátrica pela entrada no sistema é o G-MUS, vai para FURG e demora. Se mandar pelo sistema de Porto Alegre, a consulta é na outra semana, bem rápido. (R1/SJN)

Em Rio Grande/RS o tensionamento por e entre os gestores é identificado conforme relato do serviço de regulação.

As secretarias de saúde dos municípios entram em contato com a de Rio Grande e organizamos de acordo com a demanda. Não podemos passar por cima do estabelecido pela secretaria do Estado, mas sendo prioridade, eles mandam e-mail para o nosso serviço, e também pedem pelo sistema informatizado. Fora do município temos a PPI, é a Coordenadoria de Saúde que regula. (R/RG)

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 2: No HU/FURG, o tensionamento por e entre os gestores é identificado conforme relato da gestão e do serviço de regulação.

Como gestora, aprendi o quão difícil é referenciar. Nem sempre pelas vias de direito conseguimos. Há vezes em que precisamos falar diretamente com quem está acima da nossa capacidade para poder resolver. [...] muitas das vezes, acionando o próprio secretário da saúde do Estado, falando diretamente para que possa intervir. Isso não deveria acontecer, porque as vias são claras, mas não funcionam. (G/HU)

Quando tem uma demanda inicial, isso é encaminhado para o hospital e à direção do ambulatório. Às vezes o contato é com a secretaria e isso passa pelo setor de faturamento. Eu faço o contato com os profissionais e eles encaixam na agenda a cirurgia, ou a consulta. (R/HU)

Tensionamento por parte do controle social

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 1, quanto ao tensionamento por parte do controle social: No município do Chuí/RS, este tipo de tensionamento não foi identificado nos relatos dos participantes do estudo. No município de Santa Vitória do Palmar/RS, o tensionamento por parte do controle social é identificado conforme relato do próprio controle social.

[...] para o hospital do coração em Rio Grande, eu cheguei na casa de uma amiga e disse: “Agora de tarde eu vou lá na secretaria para ver”. “Já me ligaram, tá aqui, já marcaram para daqui a duas semanas”. [...] conseguiram tão rápido, eu fico impressionada. (CS/SVP)

Em São José do Norte/RS, o tensionamento por parte do controle social não foi identificado nos relatos dos participantes do estudo. E no município do Rio Grande/RS, este

tensionamento é identificado somente no relato do serviço de regulação que interpreta a atuação do CMS como sendo a do controle social conforme evidenciado em sua fala.

[...] o conselho de saúde atua mais no controle, mas às vezes solicita para agilizar a consulta. (R/RG)

Os resultados obtidos na Evidência 1, UIA 2: No HU/FURG, o tensionamento por parte do controle social é identificado conforme relato do serviço de regulação.

O conselho tem uma grande importância nesse tipo de atendimento. Eles vêm com o problema, tentam na direção. Passa na direção e eles vêm aqui para o paciente ser atendido. Tentam através do conselho. (R/HU)

Os resultados obtidos na Evidência 2 (UIA 2): No HU/FURG, o tensionamento por parte do controle social também ocorre via e-mail, e neste sentido foram identificadas quatro mensagens encaminhadas pelo CMS, via e-mail, à direção do HU.

As mensagens versam sobre solicitação de informações quanto a procedimentos cirúrgicos, realização de exames, documentação de referenciamento de usuário para atendimento, solicitação de leitos hospitalares e comunicação de judicialização para obter acesso ao serviço.

Para efeitos de identificação os documentos da Evidência 2 relacionados aos e-mails encaminhados pelo conselho municipal de saúde terão a referência entre parênteses “CS”.

O teor das mensagens recebidas encontra-se apresentadas a seguir:

“[...] O Formulário em questão não diz respeito à referência ou encaminhamento para outro município. É documento da Defensoria Pública do Rio Grande, necessário a processo movido pela família, naquele órgão, buscando fazer com que o Sistema atenda o [...] com maior agilidade. [...] Aproveito para informar que informarei a família do [...] e vou sugerir aos mesmos que busquem ordem judicial para o preenchimento do documento pelo HU. Cordialmente [...]”. (CS/Evidência 2/6-jul/2015)

“[...] Fomos informados que o paciente [...], câncer na região do pescoço se encontra internado no corredor do PA, [...] aguardando por cirurgia. Solicitamos informar qual a estimativa de tempo para a cirurgia e transferência do paciente para leito em quarto. Cordialmente [...]”. (CS/Evidência 2/7-jul/2015)

“[...] Foi trazido ao conhecimento desse Conselho que no leito 209-A desse HU, se encontra internada [...], com necessidade de leito em UTI, pelo que solicitamos informações tais como: a Central de Leitos a SMS foram acionadas e quais as perspectivas de leitos em UTI na região e ou Estado. Cordialmente [...].” (CS/Evidência 2/8-abr/2016)

“[...] Estamos solicitando informações sobre que relatamos abaixo: [...], relatou-nos que aguarda um Ultra Som das Paredes Abdominais, prescrito pelo [...], desde janeiro/2016. A SMS nos informou que não tem prestador desse serviço e que este exame só é feito no HU, por agenda exclusiva do hospital. Se possível gostaríamos de saber se a referida Sra. consta da agenda nesse hospital e qual a previsão de atendimento. Cordialmente [...].” (CS/Evidência 2/4-mai/2016)

DISCUSSÃO

É possível identificar, nas falas dos 31 participantes, que entre eles houve 25 (80,64%) que referiram a existência de tensionamentos no acesso aos serviços de saúde.

Quanto aos tensionamentos no sistema por ação dos usuários, no município do Chuí/RS, a questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece causar uma inconformidade com o sistema, fazendo com que seja acessado um sistema paralelo, ainda que não oficialmente, com o país vizinho, o Uruguai. No entanto, este fluxo também ocorre na direção inversa, em que residentes no Uruguai acessem os serviços no Chuí/RS. Em Santa Vitória do Palmar/RS, a população utiliza meios diversificados para verem suas necessidades de saúde atendidas, entre os quais solicitando a intervenção de políticos locais.

A realidade apresentada em ambos os municípios confirma ser a oferta de serviços, por vezes determinada pela pressão que a população exerce sobre a gestão municipal⁽¹⁷⁾. No entanto, é válido destacar que a dificuldade de gestão possivelmente ocorra pela não possibilidade de dimensionamento, pois os tensionamentos ocorrem por demanda inclusive de populações não adscritas, como o que ocorre no Chuí/RS. Também por intervenção de entes políticos que possuem atuação inclusive em esfera anterior à instalação da necessidade de demanda, pois podem atuar na formulação da política de saúde local, como em Santa Vitória do Palmar/RS.

Em São José do Norte/RS, existe fragilidade na interação entre as equipes de APS e de atenção especializada, e na organização para referências externamente ao município. Neste particular, é possível perceber tensionamento dos profissionais e da própria população. Esta última tensiona quando considera demorado o fluxo ou insuficiente a assistência e orientações recebidas. No município do Rio Grande/RS, embora o fluxo esteja bom, existem alguns equívocos por parte dos usuários de outros municípios que acessam os serviços de saúde em Rio Grande/RS de forma não convencional.

Estas constatações em ambos os municípios evidenciam e confirmam resultado de estudo que identifica o fracasso dos fluxos existentes para o acesso aos serviços, com filas de espera para o atendimento pretendido sem que sejam encontradas soluções pelos fluxos preconizados.¹⁸

No município do Rio Grande/RS, o fluxo é rompido com a utilização de critérios não técnico-médicos e, sim, de judicialização. Realidade que confirma que as longas filas e a dificuldade de acesso às vagas existentes são, entre outros, os motivos de mandados judiciais sendo utilizados como outro mecanismo de acesso a esses serviços.¹⁸

No HU o tensionamento ocorre no sentido de buscar recursos e assistência de forma mais rápida para o seu problema de saúde, desconsiderando a porta de entrada ao sistema. Este achado corrobora com estudo anteriormente realizado neste mesmo HU, com o objetivo de analisar os fatores determinantes da escolha dos usuários quanto ao serviço de saúde hospitalar, onde os participantes mencionaram que se sentiam acolhidos e com resolutividade para suas necessidades.¹⁹

Esta realidade igualmente evidencia nem sempre ser a atenção básica a porta de entrada para o sistema, portanto não exercendo efetivamente o papel de coordenadora da atenção à saúde,¹⁷ e que o cotidiano mostra que o pressuposto de existência de uma porta de acesso por meio da rede básica de saúde é fictícia e que na verdade pode até mesmo representar barreiras ao acesso da população aos serviços.^{20, 18}

Quanto aos tensionamentos no sistema exercidos aos e pelos profissionais de saúde, no Chuí/RS, é utilizado um sistema paralelo com o Uruguai, devido à configuração exclusiva por ser município de fronteira. Este fluxo rompe com a contrarreferência e, embora não tendo sido possível observar neste Estudo de Caso, o tensionamento no serviço de saúde uruguaio é uma questão a ser equacionada. Esta característica é confirmativa de que a identificação com o processo de trabalho desenvolvido pelos trabalhadores de saúde permite a eles maiores possibilidades de desenvolver alternativas de enfrentamento dos problemas não resolvidos institucionalmente.¹⁸

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, os profissionais de saúde, ao perceberem a dificuldade do usuário ao acesso aos serviços por falta de informações sobre o sistema, eles próprios os orientam a procurar a secretaria de saúde para conseguirem atendimento. Ocorre também o contato direto entre profissionais para agilização do fluxo de atendimento. Esta realidade evidencia que o compromisso do profissional para com o usuário resulta num encaminhamento mais adequado às suas necessidades e ainda com mais informações.¹⁸

Em São José do Norte/RS, ainda que com critérios técnicos, existe a prática do contato direto entre profissionais para agilização do fluxo de atendimento. E, em Rio Grande/RS, mesmo existindo um fluxo organizado, ainda assim há a necessidade da ação do profissional evidenciando o caso para a efetivação da assistência.

Este achado em nosso estudo vai ao encontro da afirmativa de que a responsabilização pelo acesso do usuário ao serviço é resultado da necessidade pessoal e individual de resolução da demanda e que isso ocorre por meio das redes de relações pessoais, determinando o atendimento, utilizando os contatos pessoais entre os profissionais da rede de saúde, que realizam uma gestão paralela na tentativa de superar as barreiras ao acesso.¹⁸ E que a proximidade dos profissionais com as particularidades culturais da comunidade e conhecendo suas condições socioeconômicas, algumas vezes este reconhecimento define a decisão por garantir o atendimento pelo SUS.¹⁷

No HU, o tensionamento possivelmente ocorre por ser este hospital uma referência na região e que, por limitações no quantitativo de instituições para onde encaminhar os pacientes, os profissionais o fazem para o HU. Este achado confirma os resultados do estudo anteriormente realizado neste HU, quando identificou que a rede de saúde era produzida entre e pelos profissionais da medicina, sendo a resolutividade atingida pela queixa-conduta.¹⁹

Quanto ao tensionamento por e entre os gestores: No Chuí/RS, a questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece causar uma inconformidade com o sistema impulsionando a gestão a tensioná-lo, organizando-se extraoficialmente em redes sociais. Esta realidade no município do Chuí/RS confirma que as relações pessoais são capazes de determinar o acesso, o que expõe uma das facetas institucionais na qual o julgamento do grupo implica uma prática de responsabilização pessoal no acesso.¹⁸

Em Santa Vitória do Palmar/RS, na questão da regulação, a gestora relata que acessa os sistemas de regulação, mas que também faz contato direto com outros gestores municipais ou encaminha levando em consideração a prioridade da assistência sobre a organização do

sistema. Esta constatação demonstra a resposta humana da equipe de regulação, com as necessidades e angústias da população. O processo de responsabilização insere-se no próprio processo de trabalho do gestor de forma natural decorrente da frequência em que ocorre, configurando-se, no entanto, em uma evidente demonstração da insuficiência e incapacidade de resposta do sistema.¹⁸

No município de São José do Norte/RS, foi possível identificar a fragilidade no referenciamento, com destaque para a vulnerabilidade da gestante de alto risco. Entre as dificuldades apresentadas encontra-se a de regulação pelo não cumprimento da PPI e que em decorrência disso foi feito acordo com outro município que não o da pactuação. E, nesta mesma direção, funcionários da regulação procuram formas de relacionamento dentro do sistema para melhor agilizar o fluxo com base nos riscos para organizar a demanda de serviços.

Esta ação do serviço de regulação reafirma a necessidade de integração da rede de atenção, desde a APS à especializada e hospitalar, sendo a implantação de centrais de regulação uma das principais estratégias identificadas para essa integração.²¹

Esta característica é peculiar aos pequenos municípios nos quais se apresentam as maiores dependências externas quanto à capacidade em garantir a integralidade e a equidade em saúde para seus cidadãos gerando tensão permanente entre os diversos atores envolvidos.¹⁷

Em Rio Grande/RS, a relação do serviço de regulação da sua secretaria da saúde com as centrais de regulação de outros municípios ocorre na maioria dos casos com a utilização de sistemas informatizados e seguindo contratualização regional. No entanto, também são realizados contatos por e-mails. Há também relato de dificuldades quanto ao acesso aos demais níveis de atenção à saúde, quando referenciados pela atenção básica. Embora esta dificuldade esteja mais relacionada a algumas especialidades, a fragilidade é apontada com destaque para as de maior demanda.

As práticas da regulação do acesso contemplam as diversas faces da ação profissional e perpassam diversos aspectos operacionais da atividade, sendo este um dos efeitos da relação entre os poucos recursos, a alta demanda e o mau funcionamento das rotinas de trabalho. Esta realidade pode gerar iniciativas pessoais de responsabilização e atenção às demandas dos usuários.¹⁸

As centrais de regulação buscam as melhores alternativas assistenciais, mas diante da incapacidade dos mecanismos formais, organizativos e pactuados, isoladamente, responderem às necessidades do cotidiano, outros caminhos, mesmo que não preconizados, são utilizados para regulação. Caminhos estes percorridos para permitir o acesso dos usuários ao sistema.¹⁸

Outro tensionamento que também ocorre, embora não por ou entre os gestores, é a descontinuidade do fluxo de informações entre os níveis de atenção à saúde, onde a informação fragmentada ocasiona a perda da consulta por parte do usuário. Tal como no HU/FURG, onde o tensionamento ocorre seja pelos desencontros nos sistema de referência e contrarreferência, seja pelo fluxo interno da instituição que, uma vez acessada, dá continuidade ao solicitado nos diversos níveis.

Nesta configuração vale destacar que a prestação de serviços especializados, na maioria das vezes, é realizada em ambiente hospitalar ou em consultórios particulares. Este fato traz várias dificuldades para a atenção longitudinal ao usuário, assim como ao estabelecimento de vínculo entre este e as equipes da ESF, pois há pouca comunicação entre os profissionais dos diferentes níveis da rede.¹⁷

Quanto ao tensionamento por parte do controle social, no Chuí/RS e em São José do Norte/RS, não foi identificado esse tipo de tensionamento. Em Santa Vitória do Palmar/RS, a lista de espera e organização da demanda de serviços parece ser uma dificuldade a ser equacionada, sendo possível identificar a atuação do controle social neste processo quanto a sua interlocução com o município de referência.

Em Rio Grande/RS, o serviço de regulação da secretaria municipal da saúde atua utilizando sistemas informatizados, e seguindo contratualização regional. No entanto, o controle social faz contato solicitando urgência no atendimento da demanda.

O tensionamento por parte do controle social, conforme relato dos participantes do HU/FURG, ocorre na tentativa de assegurar o cumprimento das diretrizes do SUS e das políticas públicas da saúde. Ação esta de forma participativa, porém incipiente, sendo visto mais como órgão fiscalizador do que foro de discussão das políticas públicas de saúde.

O tensionamento por parte do controle social ao HU/FURG também ocorre via e-mail (Evidência 2), sendo possível verificar que a intenção do CMS é a de agilizar, e de alguma forma prestar esclarecimentos para os usuários que procuram aquele espaço de representatividade. Ato diretamente relacionado com a competência do controle social que é a de fiscalizar e acompanhar o desenvolvimento das ações e dos serviços de saúde e encaminhar os indícios de denúncias aos respectivos órgãos, conforme legislação vigente.²²

Quanto aos achados deste estudo relacionados ao controle social, é válido salientar que o efetivo exercício do controle social, na prática, é uma necessidade para que este não ocorra apenas no âmbito da legislação que rege o SUS, mas que ocupe de modo pleno esses diversos espaços de participação social.²³

CONSIDERAÇÕES

Entre as características das RASs estudadas, verificou-se a existência de tensionamentos quanto ao acesso aos serviços de saúde, seja por parte da gestão, dos profissionais de saúde, dos usuários ou do controle social.

Em São José do Norte/RS e Rio Grande/RS, é possível perceber que o tensionamento ocorre em decorrência na intenção de buscar alternativas para minimizar as dificuldades de acesso às especialidades e que estas ações se manifestam por contatos telefônicos ou tratativas dos profissionais com a gestão.

No município do Chuí/RS, a questão do acesso a um sistema paralelo com o país vizinho, o Uruguai, fluxo este que também ocorre na direção inversa, em que residentes no Uruguai acessam os serviços no Chuí/RS, pode contribuir para a desorganização do sistema, ocasionando dificuldades no planejamento. Em Santa Vitória do Palmar/RS, a população solicita a intervenção de políticos locais para verem suas necessidades de saúde atendidas. Em ambos os municípios, estes casos onde os pontos da rede não se comunicam adequadamente refletem decisivamente na assistência.

No HU/FURG, o tensionamento possivelmente ocorra pela questão do seu ambulatório ser visualizado pelo usuário como porta de entrada à atenção especializada e a ele recorrer fazendo contato direto com os profissionais, que uma vez requisitados pelo usuário, por sua vez também reproduzem o efeito de tensionamento no fluxo interno da instituição. Os resultados obtidos na Evidência 2, UIA 2, confirmam que no HU/FURG o tensionamento por parte do controle social ocorre inclusive via e-mail.

Consideramos, ainda, que com a realização deste Estudo de Casos Múltiplos Integrados, foi possível identificar que as ocorrências das ações envolvendo o controle social tanto nos municípios do Rio Grande/RS conforme relato do serviço de regulação e Santa Vitória do Palmar/RS, relatado pelo próprio controle social, bem como no HU/FURG, relatado por todos os participantes dessa instituição, é possível a expectativa de que com o controle social se consiga implantar mecanismos para assegurar que os gestores se comprometam com a excelência na concepção e implementação das ações e serviços de saúde.

No entanto, igualmente é possível perceber que o tensionamento por parte do controle social é evidenciado tão somente no serviço de regulação do município de maior aporte e referência na microrregião em termos ambulatoriais e no próprio HU/FURG, instituição de referência na média complexidade.

Destaca-se, ainda, que a gestão do HU/FURG refere haver tensionamento por todos os atores envolvidos neste estudo de caso: as exercidas pelos usuários; as exercidas aos e pelos profissionais de saúde; as exercidas por e entre os gestores; e as exercidas pelo controle social. Sendo a única unidade integrada de análise em que todos os atores a mencionam com esta frequência.

Portanto, é possível afirmar que os tensionamentos como forma de acessar o serviço de ambulatório do HU/FURG existem e que ainda faz-se necessário uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião, não somente na media complexidade, mas por completo, iniciando na APS em busca da integralidade da assistência.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). Portaria N° 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília (DF): Diário Oficial da União; publicado em 31/12/2010, Seção I, Página 89.
- 2 Mendes EV. As redes de atenção à saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2011. 549 p.: il.
- 3 World Health Organization. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva, World Health Organization; 2001.
- 4 Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Proceedings of the 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2) Washington DC; October 2014 [acesso em 2016 maio 18]. Disponível em: <http://bit.ly/1DuHUIk>.
- 5 Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed. Brasília (DF): MS; 2004.
- 6 Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016. Brasília (DF); 2013 [acesso em: 2014 abr 20]. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>.
- 7 Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Seminário AB 2014. Revista COSEMSRS. 2014; 7: 21-33.
- 8 Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Regimento interno CIB-RS [acesso em: 2014 ago 25]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/285/Regimento_Interno_da_CIB-RS.

- 9 Secretaria de Estado da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. Plano Diretor de Regionalização da Saúde. 2002 [acesso em: 2014 maio 20]. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf.
- 10 Fundação de Economia e Estatística. Perfil socioeconômico [acesso em: 2014 maio 14]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/>.
- 11 Fundação de Economia e Estatística. Série histórica [acesso em: 2014 maio 14]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/serie-historica/>.
- 12 Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010, 248p.
- 13 Moraes R; Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí (RS): Unijuí; 2011.
- 14 Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. 164 p.
- 15 Appolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. 2ª ed. São Paulo (SP): Cengage Learnig; 2012.
- 16 Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4; 2010.
- 17 Medeiros CRG; Gerhardt TE. Avaliação da Rede de Atenção à Saúde de pequenos municípios na ótica das equipes gestoras. Saúde debate. 2015 Dec [acesso em: 2016 Aug 17; 39(spe): 160-70. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500160&lng=en. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.2015S005201>.
- 18 Gawryszewski ARB; Oliveira DC; Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro (RJ). 2012; 22 (1): 119-40.
- 19 Lemões MAM; Costa CFS; Ubessi LD; Lange C; Llano PMP; Avila JA. Fatores determinantes na escolha dos usuários por serviço hospitalar no acesso à rede de saúde. Revista Contexto & Saúde Ijuí (RS). 2015 jul./dez; 15 (29): 37-44.
- 20 Pontes APM; Cesso RGD; Oliveira DC; Gomes AMT. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. Rev. bras. enferm; 2010 Ago; 63 (4): 574-80 [acesso em: 2016 ago 17]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000400012&lng=pt. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000400012>.

- 21 Giovanella L; Mendonça MHM; Almeida PF; Escorel S; Senna MCM; Fausto MCR, et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. Rev C S Col. 2009;14 (3): 783-94.
- 22 Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 333, de 04 de novembro de 2003: Aprova as diretrizes para criação, reformulação estruturação e funcionamento dos Conselhos de Saúde. Brasília (DF); 2003.
- 23 Rolim LB; Cruz RSBLC; Kjaer S. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. Saúde em Debate Rio de Janeiro (RJ) 2013 jan/mar; 37 (96):. 139-47.

9.3 ARTIGO 3

JUDICIALIZAÇÃO DO ACESSO NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE: ESTUDO DE CASO

Resumo: Estudo de Casos Múltiplos Integrados, com o objetivo de identificar outras formas de acesso, além da pactuada entre os gestores, ao ambulatório do Hospital Universitário de referência da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul/RS. A coleta dos dados foi por entrevistas com gestores, profissionais de saúde, serviço de regulação em saúde e representantes do controle social, entre julho de 2015 e julho de 2016, utilizando um roteiro inspirado na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde para avaliação das Redes de Atenção à Saúde e em uma adaptação baseada no questionário proposto por Eugênio Vilaça Mendes, para avaliação do seu grau de integração. As Unidades Integradas de Análise foram as Secretarias Municipais de Saúde (Unidade 1) da microrregião estudada e o Hospital Universitário de referência (Unidade 2). Foi utilizado o método de Análise Textual Discursiva e o *corpus* analisado a partir dos textos produzidos por entrevistas (Evidência 1) e documentos (Evidência 2). Constatou-se a existência de casos de judicialização como forma de acesso ao ambulatório do Hospital Universitário de referência e que se faz necessário uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião.

Descritores: Acesso aos Serviços de Saúde. Sistema Único de Saúde. Gestão em Saúde. Referência e Consulta. Direito à Saúde.

INTRODUÇÃO

Rede de Atenção à Saúde (RAS) é definida como “arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”,^{1:4} sendo uma estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão nas Regiões de Saúde,

aperfeiçoar o Sistema Único de Saúde (SUS) e assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços com efetividade e eficiência.¹

As RASs, segundo Mendes,² configuram-se em um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações. É imprescindível incorporar como ponto central dessa RAS o critério de acesso, onde o “desenho das redes de atenção à saúde faz-se combinando, dialeticamente, de um lado, economia de escala e qualidade dos serviços e, de outro, o acesso aos serviços de saúde”.^{2:75}

Quanto ao acesso aos serviços e cobertura de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) define como sendo o Acesso Universal a ausência de barreiras geográficas, econômicas, socioculturais, de organização ou de gênero. E Cobertura de Saúde é a capacidade do sistema de saúde de atender às necessidades da população, incluindo a disponibilidade de infraestrutura, de recursos humanos, de tecnologias da saúde e de financiamento.³

Na Atenção Primária à Saúde (APS), o acesso pode ser relacionado com as diversas possibilidades de adentrar aos serviços de saúde, estando estas implicadas quanto à localização da unidade de saúde, à disponibilidade de horários e aos dias de atendimento, com a possibilidade de atendimento a consultas não agendadas e a percepção da população quanto a adequação do acesso ao serviço.⁴

A atual política de atenção à saúde propõe estruturar as RASs em cada território, definindo as regiões de saúde, a partir da pactuação em cada Estado pelo conjunto dos municípios⁽⁵⁾. Neste contexto, no Rio Grande do Sul (RS), a Terceira Coordenadoria Regional de Saúde (3ª CRS), com sede no município de Pelotas/RS, é responsável pela coordenação de 22 municípios.⁶ Esses municípios são organizados conforme o Plano Diretor de Regionalização (PDR) da Saúde do RS em microrregiões de saúde.⁷

As microrregiões de saúde, conceituadas como “a menor unidade do Sistema Regional de Saúde do Rio Grande do Sul”^(8:22), de acordo com a Constituição Brasileira de 1988, tratam-se de um agrupamento de municípios limítrofes. Sua finalidade é integrar a organização, o planejamento e a execução de funções públicas de interesse comum, definidas por lei complementar estadual.⁹ A Microrregião do Litoral Lagunar é uma das microrregiões do RS e os municípios que a integram são o Chuí/RS, Santa Vitória do Palmar/RS, Rio Grande/RS e São José do Norte/RS.¹⁰

Na busca de identificar características da rede regionalizada e hierarquizada de saúde na Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, levando-se em consideração que na

temática “rede de atenção à saúde” não estão contemplados somente os aspectos da complexidade tecnológica, mas também os atores que integram essa rede, realizou-se um Estudo de Caso com o objetivo de identificar outras possíveis formas de acesso, que não a pactuada entre os gestores, ao ambulatório do Hospital Universitário de referência para a média complexidade na microrregião.

MÉTODOS

Trata-se de um artigo oriundo da tese de doutorado em enfermagem intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na Rede de Atenção à Saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”.

Foi realizado um estudo descritivo/exploratório, com uma abordagem qualitativa, por meio de um Estudo de Casos Múltiplos Integrados,¹¹ em que a metodologia utilizada para a análise foi a Análise Textual Discursiva¹² e o *corpus* foi analisado a partir do conjunto de textos produzidos por entrevistas (Evidência 1) e de documentos (Evidência 2).

As Unidades Integradas de Análise 1 (UIA) foram as Secretarias Municipais de Saúde (SMS) dos municípios da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul: Chuí/RS (UIA 1, Caso 1), Santa Vitória do Palmar/RS (UIA 1, Caso 2), São José do Norte/RS (UIA 1, Caso 3) e Rio Grande/RS (UIA 1, Caso 4).

O Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr., da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), foi considerado como Unidade Integrada de Análise 2, em decorrência de ser referência em nível regional de média complexidade. Foram utilizadas, também, informações documentais do HU/FURG, consideradas como Evidência 2.

O estudo contou com 31 participantes, e com o objetivo de contemplar questões importantes a serem observadas durante a análise dos dados, tal como o anonimato e a privacidade dos participantes,¹³ foram utilizadas siglas conforme apresentado a seguir.

No município do Chuí/RS, participaram o secretário da SMS (G/CH); a funcionária do serviço de regulação (R/CH); a enfermeira da Unidade Básica de Saúde (UBS) (ENF/UBS/CH); o médico da Unidade Saúde da Família (USF) (MED/ESF/CH); e o presidente do Conselho Municipal de Saúde (CMS) (CS/CH).

Em Santa Vitória do Palmar/RS participaram a secretária da SMS (G/SVP); a coordenadora da ESF (C/ESF/SVP); a médica da ESF (MED/ESF/SVP); a enfermeira da ESF (ENF/ESF/SVP); e a presidente do CMS (CS/SVP).

Em São José do Norte/RS, participaram a secretária adjunta da saúde (G/SJN); a enfermeira da ESF, equipe 1 (ENF/ESF1/SJN); a enfermeira da ESF, equipe 2 (ENF/ESF2/SJN); a coordenadora dos programas de saúde (C/PS/SJN); o médico da ESF, equipe 1 (MED/ESF1/SJN); o médico da ESF, equipe 2 (MED/ESF2/SJN); a coordenadora da atenção básica (C/AB/SJN); a funcionária do serviço de regulação (R1/SJN); o funcionário do serviço de regulação (R2/SJN); e a presidente do CMS (CS/SJN).

No município de Rio Grande/RS, participaram a secretária adjunta da saúde (G/RG); a enfermeira da ESF, equipe 1 (ENF/ESF1/RG); a enfermeira da ESF, equipe 2 (ENF/ESF2/RG); a médica da ESF, equipe 1 (MED/ESF1/RG); a médica da ESF, equipe 2 (MED/ESF2/RG); a coordenadora da ESF (C/ESF/RG); o funcionário do serviço de regulação (R/RG); e o presidente do CMS (CS/RG).

No HU/FURG, os participantes da pesquisa foram a diretora adjunta (G/HU); a enfermeira coordenadora do ambulatório (C/AMB/HU); e a funcionária que atua nas ações de regulação na instituição (R/HU).

Após a realização de um Estudo de Caso-Piloto, conforme recomendado pela metodologia,¹¹ deu-se início a este Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

A coleta dos dados ocorreu entre julho de 2015 e julho de 2016 e foi realizada por meio de entrevistas individuais por meio de um roteiro semiestruturado.^{14:138} Para tanto, houve o deslocamento do pesquisador até os municípios, sendo as entrevistas gravadas e transcritas, com a permissão dos participantes. Para acessar os documentos da Evidência 2, foi obtido o consentimento da direção do HU/FURG.

Os itens que compõem os instrumentos para a entrevista e que serviram como foco de orientação do entrevistador foram elaborados em parte e adaptados, com base na proposta da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS)¹⁵ para avaliação das RASs e também no questionário proposto por Mendes¹¹ para avaliação do grau de integração das RASs, construído a partir das concepções teórica e operacional, medido nas dimensões da população, da APS, dos pontos de atenção secundária e terciária, dos sistemas de apoio, dos sistemas logísticos, do sistema de governança e do modelo de atenção à saúde.

Os aspectos éticos foram respeitados, tendo o projeto de pesquisa sido aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande (CEPAS/FURG), sob o Parecer CEPAS 17/2015.

RESULTADOS

Conforme os relatos obtidos durante as entrevistas, Evidência 1, fonte documental Evidência 2, e realização da análise conforme metodologia proposta, foi possível constatar a existência de judicialização da saúde para obter o direito à assistência na RAS da Microrregião Litoral Lagunar.

Foram entrevistados 31 participantes e somente sete deles não fizeram referência a tensionamento quanto ao acesso aos serviços de saúde. Esta relação pode ser visualizada na apresentação do quadro abaixo.

Quadro Único - Unidades Integradas de Análise. Relatos de ocorrência de judicialização da saúde pelos participantes da pesquisa. Estudo de Casos Múltiplos Integrados. 2016.

Relato de casos de judicialização na RAS			
Unidade Integrada de Análise (UIA)	Participante	SIM	NÃO
Chuí/RS UIA 1 Caso 1	MED/ESF/CH	X	
	ENF/UBS/CH	X	
	G/CH	X	
	R/CH	X	
	CS/CH		X
Santa Vitória do Palmar/RS UIA 1 Caso 2	MED/ESF/SVP	X	
	ENF/ESF/SVP	X	
	G/SVP	X	
	C/ESF/SVP	X	
	CS/SVP	X	
São José do Norte/RS UIA 1 Caso 3	MED/ESF1/SJN	X	
	MED/ESF2/SJN		X
	ENF/ESF1/SJN		X
	ENF/ESF2/SJN		X
	G/SJN	X	
	C/PS/SJN		X
	C/AB/SJN	X	
	R1/SJN		X
	R2/SJN	X	
CS/SJN		X	
Rio Grande/RS UIA 1 Caso 4	MED/ESF1/RG	X	
	MED/ESF2/RG	X	
	ENF/ESF1/RG	X	
	ENF/ESF2/RG	X	
	G/RG	X	
	C/ESF/RG	X	
	R/RG	X	
	CS/RG	X	
Hospital Universitário UIA 2	G/HU	X	
	C/AMB/HU	X	
	R/HU	X	

Os resultados obtidos na Evidência 1, Unidades Integradas de Análise 1, quanto ao acesso aos serviços de saúde com a utilização de ações judiciais para obter o direito de assistência identificaram que, no Chuí/RS, os casos de ações judiciais são apontados conforme relato da gestão, do serviço de regulação e dos profissionais de saúde.

Consultas com especialistas demora meses e eles não entendem que não depende apenas de nós. A cobrança é imensa e vão ao ministério público, nos vereadores, no prefeito, nos meios de comunicação. [...] hoje está pior. Os repasses do governo estadual não estão sendo feitos, houve uma demanda maior dos processos judiciais. Demora e o pessoal vai à justiça. Tem muita judicialização para consulta especializada e medicamento, é muita demanda e aumenta a despesa do município. (G/CH)

“Endócrino” para conseguir em Porto Alegre é demorado. Banco de olhos também, seis meses, um ano. Tem gente aguardando na fila há dois anos. Então tem que ser um caso extremamente grave, e mesmo assim às vezes não é fácil conseguir. A gente mesmo aconselha as pessoas: “Olha, nós não temos mais por onde fazer; ou a senhora entra via judicial ou não tem. (R/CH)

[...] se um exame que não sai, fala com o vereador; o vereador fala com tal, e daí sai o exame. Não é só na justiça. Muitas vezes não vão à justiça, mas ao vereador, ou ao prefeito. (MED/ESF/CH)

Um paciente que está em Rio Grande para revisão [...] ele precisou entrar na justiça para conseguir ser encaminhado. (ENF/UBS/CH)

No município de Santa Vitória do Palmar/RS, a judicialização é identificada nos relatos da gestão, do controle social, dos profissionais de saúde e da coordenação de programas.

[...] às vezes são coisas simples, mas as pessoas por não conhecerem o sistema nem a existência de protocolos de acesso, vão direto à justiça. Nos sentimos impotentes de não conseguir ajudar. O paciente espera da gente todo o resultado e não aparece este resultado de forma imediata. O que acaba acontecendo são processos judiciais, porque não existe outro

caminho. O paciente não pode esperar e acaba acontecendo deles entrarem na justiça para tentar agilizar a situação. (G/SVP)

[...] recorrem à justiça para conseguir remédios e consulta. Temos dificuldade no encaminhamento de exames. Alguns, fazemos fora, e outros, mais complexos, o SUS não faz. (CS/SVP)

O acesso à oncologia, à cardiologia e aos medicamentos de alto custo, muitos usuários judicializam. Algumas vezes até orientados pelos próprios profissionais, porque não tem um sistema de referência e contrarreferência organizado. [...] não só a necessidade, mas também o exagero, na judicialização. É possível que nossa porta de entrada esteja falhando, principalmente aos pacientes dependentes químicos, que a família, em vez de procurar o CAPES e o tratamento em casa, prefere a internação. Este é um dos problemas da judicialização da saúde. (ENF/ESF/SVP)

Um paciente que me disse para dar a ordem que “eu entro com ação judicial”. Então eu vejo que tenho que compreender, porque se eu venho de um país, que esse fluxo já está estruturado, devo ouvir o paciente. Eu não sabia desse recurso. (MED/ESF/SVP)

Quando tem dificuldade, eles vêm aqui e a nossa gestora tenta resolver da melhor forma, mas às vezes acontece o inverso. Eles vão na justiça primeiro. (C/ESF/SVP)

[...] uma usuária com diagnóstico de descolamento de retina. Foi encaminhada para o banco de olhos com o tempo de espera de aproximadamente seis meses; ela tá com perda progressiva de visão. Vai procurar a defensoria pública. (ENF/ESF/SVP)

No município de São José do Norte/RS, é identificado conforme relato da coordenação da atenção básica, dos profissionais de saúde, da gestão, e do serviço de regulação.

Tem casos de nem virem aqui, irem direto à justiça. A pessoa não recebeu as informações em nenhum lugar e nem buscou; preferiu ir lá direto. Tem

casos que quando chega aqui nem sabíamos que usuário estava necessitando, nem sabia que estava fazendo processo judicial. (C/AB/SJN)

[...] tivemos o caso que queriam a compra de uma prótese para uma paciente com fratura de úmero. O médico deu o laudo no HU, de que tem a cirurgia pelo SUS, mas não tem a prótese e que não ia internar. Ela queria entrar na justiça [...] queria uma negativa do município dizendo que não têm a cirurgia. [...]. A cirurgia tem, o SUS cobre, o hospital compra e depois é ressarcido. (C/AB/SJN)

[...] tem casos em que o processo judicial é que faz andar [...] por que não concedeu o exame ou cirurgia, por que não foi ao especialista ainda? [...] sai do fluxo e aumenta os custos. São questões que não precisaria ser aquele caminho, mas as dificuldades de acesso impõem. (C/AB/SJN)

[...] ficamos um dia inteiro com uma paciente. Abandonamos todo o resto do serviço para resolver a situação, para que ela não entrasse na justiça e conseguíssemos dar o atendimento. [...] questões de falta de conhecimento e desespero do usuário. (C/AB/SJN)

Acho que, pelo nível de escolaridade muito baixo no município, eles não entendem essa questão da hipertensão e do diabetes. Então, às vezes, é difícil. (ENF/ESF2/SJN).

[...] perguntei para ele: Esse remédio é caro? “Ah!, é muito caro”. E como é que tu está fazendo? “Sou obrigado a comprar”. Esse paciente não falou nisso, mas daqui a pouco começa a ver que fica pesado e entra na justiça. (MED/ESF1/SJN)

Vamos fazer a nossa conferência de saúde na semana que vem. Todas as unidades vão estar fechadas para que os profissionais de saúde participem. Então vai ter bastante gente, porque na última, a população, por mais que a gente divulgue não participa. (CS/SJN)

Muitos pacientes passam por um processo judicial. Contextualiza-se essa realidade em vários âmbitos da saúde desse indivíduo, medicamentos, exames, internações e cirurgias. (G/SJN)

Quando é ordem judicial, eu acompanho por ser assistente social. Geralmente são pacientes que necessitam não só da medicação, mas também acompanhamento. (R2/SJN)

No município do Rio Grande/RS, é identificado conforme relato dos profissionais de saúde, do controle social, do serviço de regulação, da gestão e da coordenação da ESF.

[...] algumas cirurgias de crianças já houve problema e foi judicializado; mas os casos mais graves conseguimos resolver com o hospital. (MED/ESF1/RG)

Uma paciente com câncer ginecológico foi encaminhada, passou quatro meses sem conseguir acesso. Fez cirurgia no quinto mês, mas veio a falecer. Mesmo judicializando, não teve retorno imediato. Era idosa, diabética e com recidiva de câncer. Tinha todos os critérios de prioridade [...]. (ENF/ESF1/RG)

[...] tive um paciente que estava esperando retorno para “gastro” desde 2012. Ele trouxe uns papéis para eu preencher para ele entrar na justiça. Liguei para CEREG, informei o caso [...]. Eles me garantiram que no mês seguinte sim. [...] o paciente, ele aceitou e a consulta veio. (MED/ESF2/RG)

[...] um “reumato”, ligamos e pedimos, para atender o caso. Para ver acontecer precisa-se de um esforço e investir de várias maneiras para poder ver resultados. (MED/ESF1/RG)

[...] se criou a cultura da judicialização [...] a qualquer coisa já vão recorrer. O município paga e depois vai questionar o Estado. Isso diminui os recursos aplicados nas políticas de saúde. Esse dinheiro é usado para ações judiciais. (CS/RG)

Quando os usuários acham que está demorando, vão na ouvidoria do SUS. Temos uma funcionária que responde as reclamações. Às vezes a secretaria de saúde paga a consulta particular e o retorno. [...] tem que obedecer a ordem judicial. É dado um prazo para responder. (R/RG)

[...] as pessoas acabam procurando um atalho. Isso favorece e prejudica o usuário. Favorece quando ele consegue antecipar uma consulta ou um exame. E prejudica porque tem muitos pacientes que, as vezes, têm um prognóstico mais grave e que acaba sendo prejudicado, porque o paciente judicial passou em sua frente, por uma medida que nós temos a obrigação de cumprir. (G/RG)

[...] procedimentos de alta ou média complexidade, que é responsabilidade estadual, mas o município acaba sendo o corresponsável e arcando com as despesas. Temos um gasto significativo com comunidades terapêuticas, internações compulsórias para tratamento de dependência química. (G/RG)

Conversamos com o judiciário e tivemos uma resposta boa da promotoria e da defensoria pública. Temos conseguido ponderar o que deve ser urgência para o município arcar. (G/RG)

[...] na judicialização, notamos que não é só algo que precisa urgentemente. O acesso ao especialista vai para judicialização, mas para quem precisa, às vezes não chega. Tem mais acesso à judicialização os com mais conhecimento, não a população carente que está vulnerável. (C/ESF/RG)

No Hospital Universitário, Unidade Integrada de Análise 2, o acesso aos serviços de saúde na forma de judicialização é relatado por todos os participantes do estudo que lá atuam.

[...] dependendo da especialidade, da espera ou da necessidade do paciente, aí vem a judicialização. (R/HU)

Pessoas que tiveram encaminhamento para especialidades e que, na dificuldade, na espera exaustiva, acabou optando por judicialização. Acho que isso protege o direito do cidadão. (C/AMB/HU)

[...] o cidadão, que era o 45º da fila, permanece dois anos nessa posição porque passaram a ser urgência outros que estavam em posição após a dele. Acontece de ele piorar pela demora em ser atendido no momento mais adequado. O que era eletivo passa a ser uma urgência e o cidadão se vê lesado e entra com a judicialização. (G/HU)

O maior quantitativo de judicializações no período que estou como diretora foi ao serviço de traumatologia-ortopedia. O cidadão sabe que precisa colocar uma prótese, mas ele não é uma urgência. No entendimento do serviço, sempre a cirurgia de urgência vai ser contemplada antes que a eletiva. (G/HU)

[...] na judicialização, tem os mais informados, com capacidade melhor de se organizar, que acabam usando esse recurso de uma forma bastante justa, correta e produtiva para todos. Mas também temos os que são insuflados ao uso desse recurso para estar se sobrepondo. (C/AMB/HU)

Tivemos caso de judicialmente conseguir a consulta e o usuário não comparecer, casos judiciais em que o usuário conseguiu consulta e faltou por problemas no encaminhamento. (C/AMB/HU)

Vemos com frequência o grande número de pacientes faltosos. [...], e às vezes os pacientes não comparecem, ou comparecem em dias que não é o dia marcado, agendado. (R/HU)

O judiciário deveria ser aparelhado com um profissional que visse e analisasse os prontuários para ver se os recursos estão realmente esgotados. Se é só aquilo mesmo que tem que ser feito para o usuário ter assistência. [...] na hora que coloca um, o outro não vai entrar, então o judiciário deveria proteger o cidadão nesse sentido. Proteger não só o cidadão que está trazendo o problema, mas o outro que não está ali e que tem um problema tão grande quanto, ou mais. (C/AMB/HU)

No Hospital Universitário, foi possível acessar documentos referentes a casos de judicialização para o acesso a atendimentos na instituição, Evidência 2. Nesses documentos, verifica-se que os encaminhamentos por via judicial referem-se a questões de cirurgias, em que o acesso inicial é o ambulatório de especialidades; a exames; e a consultas especializadas. A solicitação foi realizada por diversos entes públicos como a Defensoria Pública da União em Rio Grande, o Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Município de Rio Grande, e a 1ª Vara Cível de Comarca de Rio Grande.

Para efeitos de identificação os documentos da Evidência 2 relacionados aos encaminhamentos via judicial terão a referência entre parênteses “Jud”.

Quanto a cirurgias, foram identificados documentos, entre os quais destacamos:

Ofício datado em 23/10/2015. Com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providência. [...] adote as medidas cabíveis em face da relatada necessidade de realização de cirurgia ginecológica, em caráter urgente, [...].” (Jud/Evidência 2/1)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, em 25/11/2015. Com o seguinte teor:

“[...] informamos que entramos em contato telefônico com a senhora [...] solicitando sua presença neste nosocômio em [...], para realização por médico ginecologista do serviço do HU/FURG, tendo em vista que, em [...], a referida paciente já havia sido atendida neste hospital e orientada a comparecer ao ambulatório de cirurgia ginecológica, conforme ficha de atendimento que segue anexa.” (Jud/Evidência 2/2)

Ofício datado em 11/2/2016. Com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providencia. [...] realização de cirurgia traumatológica em caráter urgente [...].” (Jud/Evidência 2/3)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, datado em 12/3/2016. Com o seguinte teor:

“[...] informamos que o paciente [...] realizou a cirurgia no dia 10 de março e teve alta deste nosocômio no dia 12 de março de 2016.” (Jud/Evidência 2/4)

Ofício datado em 21/3/2016, com o seguinte teor:

“[...] necessitando de procedimento cirúrgico denominado de ARTROPLASTIA TOTAL DO JOELHO, com prótese total de joelho”.
(Jud/Evidência 2/5)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 23/3/2016. Com o seguinte teor:

“[...] o HU não dispõe de médico especialista para realização do procedimento cirúrgico em pauta.” (Jud/Evidência 2/6)

Ofício datado em 11/11/2015. Com o seguinte teor:

“Solicito o agendamento dos exames [...]. Outrossim, saliento que as datas dos exames agendados deverão ser informadas a este juízo, em caráter de urgência, com antecedência que permita a intimação do paciente para comparecimento ao exame.” (Jud/Evidência 2/7)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 04/01/2016. Com o seguinte teor:

“[...] informamos que, dos exames solicitados, o Hospital Universitário realiza o exame [...] estando este agendado para [...]. A [...] deverá comparecer no laboratório de análises clínicas do HU na data agendada [...].” (Jud/Evidência 2/8)

consultas especializadasO Ofício datado em 23/10/2015. Com o seguinte teor:

Solicitação de manifestação e providência. [...] adote as medidas cabíveis em face da relatada necessidade de realização de cirurgia ginecológica, em caráter urgente, [...]. (Jud/Evidência 2/9)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, de 25/11/2015. Com o seguinte teor:

[...] informamos que entramos em contato telefônico com a senhora [...] solicitando sua presença neste nosocômio em [...], para realização por médico ginecologista do serviço do HU/FURG, tendo em vista que, em [...], a referida paciente já havia sido atendida neste hospital e orientada a comparecer ao ambulatório de cirurgia ginecológica, conforme ficha de atendimento que segue anexa. (Jud/Evidência 2/10)

Ofício datado em 20/1/2016. Com o seguinte teor:

“Solicitação de manifestação e providencia. [...] necessidade de atendimento por médico cirurgião vascular [...]”. (Jud/Evidência 2/11)

Esta solicitação teve como resposta o Ofício do HU, em 22/1/2016. Com o seguinte teor:

“[...] informamos o que segue: o Hospital Universitário (HU/FURG/EBSERH) possui, atualmente, em seu quadro funcional, apenas um médico especialista e Cirurgia Vascular, o qual está em férias [...]. O pedido de avaliação vascular para o paciente [...] foi solicitado pela médica do Serviço de Pronto Atendimento e, ainda que o HU/FURG/EBSERH não seja referência para Cirurgia Vascular, foi contatado um médico externo ao hospital para que procedesse a referida avaliação; [...] em 22/01/2016, o médico requisitado, que terá seus honorários cobertos pela Fundação de Apoio ao Hospital de Ensino (FAHERG) efetuou a avaliação; [...] o cirurgião vascular recomendou a transferência do paciente para um hospital de referência [...] a central de leitos foi acionada e o paciente foi cadastrado para transferência [...].” (Jud/Evidência 2/12)

DISCUSSÃO

É possível identificar, nas falas dos 31 participantes, que entre eles houve 24 (77,41%) que referiram a existência de casos de judicialização para o acesso aos serviços de saúde.

No município do Chuí/RS, quanto à programação feita a partir das necessidades da população, surge a fragilidade da não estruturação da ESF, bem como a não territorialização da RAS. Esta fragilidade, tanto na territorialização quanto na programação feita a partir das necessidades da população, faz com que a população recorra a processos de judicialização conforme relato da gestão e dos profissionais de saúde.

Em Santa Vitória do Palmar/RS, é possível perceber nas falas dos participantes, que ainda existem algumas dificuldades para o acesso organizado e regulado ao serviço de saúde. Nesta configuração, a população utiliza outros meios para verem suas necessidades de saúde atendidas, entre os quais a judicialização.

Tais demandas verificadas em ambos os municípios assemelham-se a estudo que aponta serem os fatores, tempo de diagnóstico e ausência de vagas, fortes indícios de dificuldades de acesso e possivelmente sejam as razões que levaram os usuários a reivindicarem acesso à assistência à saúde por via judicial.¹⁶

Nesta mesma direção e na concepção da gestão de saúde, em Santa Vitória do Palmar/RS, ainda que as ações da gestão sejam realizadas no intuito de resolver as questões

de acesso, não são suficientes e, na ausência de solução para suas demandas, os usuários acabam entrando na justiça para serem atendidos.

Os fatores anteriormente citados corroboram com a assertiva de que as longas filas e a dificuldade de acesso às vagas existentes demandaram ao sistema de saúde os mandados judiciais como outro mecanismo de acesso a esses serviços, onde, nesta nova configuração os usuários utilizam o mandado judicial para alterar sua ordem de atendimento na fila de espera.¹⁷ Neste sentido, o atendimento em tempo oportuno pode ser considerado uma emergente necessidade de saúde no cenário atual do sistema de saúde.¹⁶

Esta realidade quanto à alteração no fluxo do atendimento com a utilização da judicialização parece também ser a realidade encontrada neste Estudo de Caso, onde os entrevistados relataram que ocorrem casos em que os usuários recorrem à justiça sem antes mesmo terem procurado acessar o fluxo normal para atendimento, chegando inclusive ao exagero.

No município de São José do Norte/RS, o desconhecimento da população quanto ao fluxo de atendimento faz com que em alguns casos sejam judicializados desnecessariamente. Em decorrência disso, a gestão reconhece o fato de os casos de judicialização alterarem o fluxo na rede e aumentam os custos com a assistência. Nesta mesma linha, os funcionários da regulação procuram formas de relacionamento dentro do sistema para melhor agilizar o fluxo com base nos riscos para organizar a demanda do serviço.

As centrais de regulação buscam as melhores alternativas assistenciais, mas diante da incapacidade dos mecanismos formais, outros caminhos, mesmo que não preconizados, são utilizados para regulação. Caminhos estes percorridos para permitir o acesso dos usuários ao sistema.¹⁷

No município do Rio Grande/RS, há vários relatos de dificuldades quanto ao acesso aos demais níveis de atenção à saúde, quando referenciados pela atenção básica. Embora esta dificuldade esteja mais relacionada a alguma especialidade, a fragilidade é apontada pelos profissionais de saúde, os quais destacam algumas especialidades como sendo as de maior demanda.

Esta realidade, verificada neste Estudo de Caso, assemelha-se aos resultados obtidos no estudo¹⁶ realizado com o objetivo de investigar os processos judiciais para realização de procedimentos ambulatoriais e hospitalares, quanto à cobertura e ao acesso, em que foram sinalizados gargalos nas linhas de cuidado e dificuldades na garantia da integralidade da atenção à saúde pelo SUS. Ou seja, nos dispositivos legais, o sistema oferta o serviço de forma universal, mas não consegue atender às demandas integralmente.¹⁶

O representante do controle social do município do Rio Grande/RS faz referência aos casos em que os usuários recorrem à justiça, a que, no seu ver, tomam uma configuração de “cultura da judicialização”.

Neste particular, é válido salientar que este fenômeno da judicialização não é recente em nosso País, pois a partir da promulgação da atual Constituição Federal, o Estado assume a responsabilidade de garantir a saúde da população, tornando-a um direito fundamental, ampliando o acesso do cidadão às instâncias de poder.¹⁸

Em decorrência da abertura do Poder Judiciário às demandas individuais e coletivas, proporcionou-se um cenário favorável ao chamado “fenômeno da judicialização”.¹⁸ Com o qual percebe-se o aumento do número de mandados judiciais na saúde que vem crescendo de forma exponencial.¹⁹

Neste mesmo sentido, a gestão de saúde em Rio Grande/RS tece considerações quanto à utilização de processos judiciais para o acesso aos serviços de saúde levando em consideração a responsabilidade dos demais entes federativos, entre os quais o Estado.

No que se refere à solidariedade tributária, os entes federativos, União, Estados e Municípios, têm participação direta na gestão e financiamento do SUS. A responsabilidade solidária, porém, acaba por agravar os problemas gerenciais da gestão em saúde pública, por exemplo, em casos de imposição do Poder Judiciário, na medida em que alguns Estados e, principalmente, municípios menores, que já possuem baixa arrecadação própria, devem realocar recursos de seu orçamento e comprometê-los para os pagamentos exigidos, em detrimento das ações planejadas em saúde.²⁰

Os casos de judicialização da saúde foram referidos como um problema a ser equacionado, seja quanto aos custos, seja quanto à definição de responsabilidades dos entes federativos. Em alguns casos, as ações judiciais também contribuem para este desequilíbrio no orçamento.

Esta realidade encontrada no Estudo de Caso confirma ser o financiamento da saúde insuficiente para atender o objetivo constitucional, pois o texto da Carta Magna não aponta nenhuma restrição ou condicionantes para o acesso ao direito à saúde. Os recursos orçamentários destinados para o financiamento do setor no país são limitados, ilustrando restrições para a implementação de políticas públicas de saúde.²¹

Evidencia ainda a contradição entre o texto legal e a realidade institucional quanto às condições financeiras adversas desde a implantação do SUS, impedindo a distribuição igualitária dos serviços de forma que a população sinta-se segura no usufruto deste direito.

Este possivelmente seja o fator responsável pela chamada judicialização da política, onde cada vez mais o Judiciário passa a ser atuante.²²

No Hospital Universitário, Unidade Integrada de Análise 2, o acesso aos serviços de saúde na forma de judicialização é relatado por todos os participantes (Evidência 1) e corroborada por documentação configurando-se na Evidência 2 deste Estudo de Caso.

A coordenação do ambulatório de especialidades, o serviço de faturamento e a gestão do HU expõem que, dependendo da especialidade à qual o caso foi encaminhado, a espera pelo atendimento é demorada e isso leva aos casos de judicializações.

A Evidência 2, representada neste estudo de Caso pela documentação recebida pela direção do HU solicitando encaminhamento e providência, teve origem em diversos entes públicos, a Defensoria Pública da União em Rio Grande, o Ministério Público Federal, Procuradoria da República no Município de Rio Grande, e o Poder Judiciário, 1ª Vara Cível de Comarca de Rio Grande, para os quais forem enviadas repostas via ofício, esclarecendo o andamento do que fora pleiteado.

Esta Evidência, apresentada neste Estudo de Caso, confirma tendências do fenômeno da judicialização em que os sujeitos para garantir seus direitos recorrem ao Poder Judiciário, em diversas instâncias judiciais: o Poder Judiciário, o Ministério Público e a Defensoria Pública.²³ Aí a judicialização pode ser traduzida como a forma de se conseguir bens ou direitos através do poder judiciário.²⁴

No Brasil, a judicialização na saúde é um fenômeno que tem por objetivo, entre outros, o de conseguir bens e direitos nos tribunais para a garantia da saúde do cidadão tais como medicamentos, acesso aos leitos, cirurgias.²⁵ Mas a crescente judicialização da saúde também é observada em países latino-americanos como um sinal de reconhecimento do direito à saúde, ao mesmo tempo que aponta para a incapacidade governamental de prover serviços de acordo com as necessidades e condições de ser usufruído pelo cidadão como um direito.²⁶

A questão da judicialização também é vista de outras formas. Seja pela questão de quando o usuário é mais bem informado e, portanto, o acesso à informação sobrepõe-se ao da necessidade imediata ou até mesmo é utilizado para obter vantagens. Neste sentido, os mecanismos legais utilizados contribuem para o aumento das desigualdades do acesso e resolvem as questões estruturais do sistema, e isso ocorre justamente pela não interpretação das necessidades segundo preceitos da universalidade e da equidade.¹⁷

Estes mecanismos oferecem recursos aos usuários de camadas sociais privilegiadas e que possuem mais instrumentos para alcançarem o acesso legal,¹⁷ pois na medida em que o

acesso à justiça ocorre condicionado por outros fatores que não o da igualdade, reforçam-se os litígios aumentando esta desigualdade ao acesso.²⁷

Observando as falas que identificaram as questões de judicialização, parecem estar muito atreladas ao fato de que existem casos em que a demora está mais relacionada a baixa oferta do serviço do que propriamente à desassistência ao usuário. Bem como as demandas judiciais parecem estar mais relacionadas à disponibilidade do serviço e ao tempo entre a solicitação e o efetivo atendimento.

Este Estudo de Caso demonstrou a existência de judicialização como forma de acessar o serviço de ambulatório do HU/FURG, deixando clara a necessidade de uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião. Discussão essa não somente na média complexidade, mas por completo, iniciando na APS em busca da integralidade da assistência, e no controle social em busca da equidade.

A questão da judicialização é também vista no sentido de que sejam observados critérios não tão somente jurídicos conforme os princípios e diretrizes do SUS, os quais devem ser seguidos sem dúvidas, mas igualmente a observância de critérios das condições de saúde do usuário que reivindica a assistência pela via judicial.

Sob esta ótica, ainda que não se possa generalizar, é possível perceber que a inversão do fluxo não atende nem mesmo os princípios e diretrizes do SUS quanto à equidade, criando outro fluxo não baseado na necessidade imediata do usuário, mas sim em deliberações não pactuadas.

Portanto, não se trata de um fluxo paralelo nem de um fluxo que compete. Mas que se sobrepõe ao pactuado e, às vezes, ao disponível. E que uma vez sobreposto ao sistema vigente, desloca o fluxo de acesso e, por consequência, desloca igualmente o fluxo da demanda. Por conseguinte, haverá o deslocamento também da dificuldade de acesso, criando uma nova demanda, desta vez ao judiciário.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. Diário Oficial da União, publicado em 2010 Dez 31, Seção I, p. 89.
2. Mendes E V. As redes de atenção à saúde. Brasília (DF): Organização Pan-Americana da Saúde; 2011.
3. Pan American Health Organization. Strategy for universal access to health and universal health coverage. Proceedings of the 53rd Directing Council (CD53/5, Rev. 2) Washington DC; 2014 October [acesso em: 2016 Mai 18]. Disponível em: <http://bit.ly/1DuHUIk>
4. Starfield B. Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 2ª ed.. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2004.
5. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016. Brasília (DF); 2013 [acesso em: 2016 Abr 20]. Disponível em: <http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>.
6. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Seminário AB 2014. Revista COSEMSRS. 2014; (7): 21-33.
7. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. Regimento interno CIB-RS [acesso em: 2014 Ago 25]. Disponível em: http://www.saude.rs.gov.br/lista/285/Regimento_Interno_da_CIB-RS.
8. Secretaria de Estado da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. Plano Diretor de Regionalização da Saúde; 2002 [acesso em: 2016 Mai 20]. Disponível em: http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf.
9. Fundação de Economia e Estatística. Perfil socioeconômico [acesso em: 2014 Mai 14]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/>.
10. Fundação de Economia e Estatística. Série histórica [acesso em: 2014 Mai 14]. Disponível em: <http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/serie-historica/>.
11. Yin RK. Estudo de Caso: planejamento e métodos. 4ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2010. 248p.
12. Moraes R, Galiazzi MC. Análise textual discursiva. 2ª ed. Ijuí (RS): Unijuí; 2011.
13. Flick U. Desenho da pesquisa qualitativa. Porto Alegre (RS): Artmed; 2009. 164p.
14. Appolinário F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. 2ª ed. São Paulo (SP): Cengage Learnig; 2012.
15. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas.

- Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2010; (4).
16. Gomes FFC, Cherchiglia ML, Machado CDM, Santos VC, Acurcio FA, Andrade EIG. Acesso aos procedimentos de média e alta complexidade no Sistema Único de Saúde: uma questão de judicialização. *Cad. Saúde Pública*. 2014 Jan; 30 (1): 31-43.
 17. Gawryszewski ARB, Oliveira DC, Gomes AMT. Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2012; 22 (1): 119-40.
 18. Ventura M, Simas L, Pepe VLE, Schramm FL. Judicialização da saúde, acesso à justiça e a efetividade do direito à saúde. *Physis*. 2010; 20: 7-10.
 19. Chieffi AL, Barata RCB. Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Rev Saúde Pública*. 2010; 44: 421-9.
 20. Dresch RL. A garantia de acesso à saúde e as regras de repartição da competência entre os gestores. *Revista de Administração Hospitalar e Inovação em Saúde*, 12(1) [acesso em: 2015 Ago 25]. Disponível em: <http://revistas.face.ufmg.br/index.php/rahis/article/view/2801/1531>.
 21. Macêdo DF, Ataíde JAR, Costa ACS, Waldemar ARS, Santa Rita LP. Análise da Judicialização do Direito à Saúde, Subfinanciamento do setor e Políticas Públicas: Estudo de Caso no Estado de Alagoas. *Revista de Administração de Roraima-UFRR*. 2015 Jul-Dez; 5 (2): 300-25.
 22. Fleury S. Judicialização pode salvar o SUS. *Saúde em Debate*. 2012 Abr-Jun; 36(93): 159-62.
 23. Oliveira MRM, Delduque MC, Sousa MF, Mendonça AVM. Judicialização da saúde: para onde caminham as produções científicas? *SAÚDE DEBATE*. 2015 Abr-Jun; 39 (105): 525-35.
 24. Nagib de Melo JN. O controle jurisdicional das políticas públicas. 2ª ed. São Paulo (SP): PodiVum; 2009.
 25. Carvalho EC, David HMSL. Judicialização da saúde, problema e solução: questões para a enfermagem. *Rev. enferm. UERJ*. 2013 Out/Dez; 21 (4): 546-50.
 26. Fleury S, Faria M. A judicialização como ameaça e salvaguarda do SUS! In: Santos L, Terrazas F. (Org.). *Judicialização da saúde no Brasil Campinas(SP): Saberes*; 2014. p.99-123.
 27. Yamin AE, Gloppen S. *Litigating health rights: can courts bring more justice to realth?* Cambridge: Harvard University Press; 2011.

10 CONSIDERAÇÕES DO ESTUDO DE CASOS MÚLTIPLOS INTEGRADOS

Neste Capítulo, são evidenciadas as fragilidades na configuração das redes de atenção à saúde, as limitações de sua operacionalidade e acesso, bem como a necessidade da formação e qualificação profissional para atuar na RAS estudada.

Estas características confirmam a Tese “*O acesso ao Ambulatório do HU/FURG, na rede de atenção à saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores*”.

O resultado encontrado neste Estudo de Casos Múltiplos Integrados indica que, na microrregião, não há uma Rede Integrada de Atenção à Saúde. As fragilidades quanto à configuração da RAS evidenciam a necessidade de reflexão sobre a configuração de cada um dos municípios e do conjunto deles pelo grau de dependência com o de maior capacidade instalada.

As dificuldades quanto ao componente população, no município do Chuí/RS, foram atribuídas em parte ao fato de o município ser zona de fronteira com o Uruguai. No entanto, esta dificuldade surge igualmente quanto à delimitação territorial entre os municípios do Chuí/RS e Santa Vitória do Palmar/RS. Já a utilização de documentos aceitos nos dois países, tal como ocorre no município do Chuí/RS, pode ser considerada uma facilidade quando da existência de sistemas integrados ou uma fragilidade quando não.

As situações identificadas são características de uma RAS sem territorialização definida, em que a população ainda não teve suas necessidades identificadas, salvo as de demanda. Deriva daí os relatos de dificuldades quanto ao referenciamento e acesso principalmente a determinadas especialidades, sendo esta dificuldade atribuída à maior demanda do que oferta.

Em relação ao processo de substituição, e de referência e contrarreferência, estes estão prejudicados justamente pela ainda não organização das equipes da ESF. Quanto à organização dessas equipes, foi reconhecida a importância do Programa Mais Médicos em proporcionar a ampliação do número de unidades da ESF e a garantia de acesso da população ao serviço, tendo sido avaliada pelos gestores como positiva esta nova realidade. No entanto, fazem referência ao aumento da demanda tanto para exames quanto para especialidades médicas.

No que tange à verificação da existência de um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, parece também haver desencontros, gerando tal como a questão da

assistência farmacêutica, casos de judicializações. Embora atribuída ao desconhecimento por parte da população dos fluxos necessários a serem percorridos, esta questão pode ser um indicativo da não existência de mecanismos para distribuição racional de medicamentos bem como de protocolos para exames.

Quanto ao monitoramento e avaliação da RAS, com exceção de Rio Grande/RS, os municípios da microrregião, estas ainda estão no aguardo da efetiva implantação da ESF e as ações de saúde realizam-se por demanda.

A participação dos Conselhos Locais de Saúde e os baixos escores obtidos nesta QA evidenciam a fragilidade da RAS no controle social, pois de sua existência e efetiva participação depende, entre outras, a melhora da qualidade da atenção à saúde.

A governança da rede é descrita com algumas facilidades e dificuldades desse processo. Ao mesmo tempo em que o Chuí/RS é um município pequeno no sentido populacional, é também uma preocupação quanto à demanda que aumenta. Entre as dificuldades apresentadas encontra-se o convênio com empresa prestadora de serviços de saúde, onde embora o número de especialidades à disposição da comunidade seja motivo de destaque, a efetiva prestação do serviço é ainda insuficiente.

Ainda sobre a governança da rede, a dificuldade quanto à regulação parece não ser quanto ao seu processo e sim pela grande demanda. Neste particular, o estudo identificou que os sistemas de regulação são acessados, mas que também ocorrem contatos diretos com outros gestores municipais. E, ainda que estas ações da gestão sejam realizadas no intuito de resolver as questões de acesso, não são suficientes e, na ausência de solução para suas demandas, os usuários acabam entrando na justiça para serem atendidos, podendo chegar inclusive ao exagero.

A questão da lista de espera e organização da demanda de serviços com deficiência de oferta parece causar uma inconformidade com o sistema, impulsionando a tensionamentos por parte da gestão. Seja organizando-se extraoficialmente em redes sociais, seja orientando os usuários a utilizarem a alternativa da via judicial para terem seus pleitos atendidos.

Outras questões igualmente importantes foram identificadas mesmo que não com o escore zero nas QA. Entre as quais é possível destacar a questão do sistema de transporte em saúde integrado na RAS, onde foi possível perceber que embora todo o esforço da gestão, os municípios enfrentam dificuldades pela distância até os seus centros de referência bem como com a manutenção da frota. Associam-se a isso as condições climáticas que interferem na travessia via fluvial entre São José do Norte/RS e Rio Grande/RS e os perigos da estrada no percurso de deslocamento desde Santa Vitória do Palmar/RS e Chuí/RS.

Neste particular, é válido destacar que o acesso entre os municípios de São José do Norte/RS e Rio Grande/RS é feito unicamente por via fluvial com a utilização de lanchas para transporte de pessoa e balsas para o transporte de veículos. Para atender a essa demanda, o município possui lanchas ambulância, chamadas popularmente de “ambulancha”, para os casos de transporte de pacientes. Neste contexto, devem-se levar em consideração as condições climáticas que às vezes dificultam e até impedem a travessia.

Estas dificuldades foram manifestadas pela gestão que destaca os custos com manutenção, com combustível e com pessoal. Existe, ainda, outra preocupação em decorrência da distância a ser percorrida, tal com as dificuldades enfrentadas pelos pacientes debilitados, a necessidade de adaptação para o deslocamento de acompanhantes para os mesmos e os riscos de acidentes com as viaturas no deslocamento.

Entre as características das RASs estudadas, verificou-se a existência de tensionamentos quanto ao acesso aos serviços de saúde, seja por parte da gestão, dos profissionais de saúde, dos usuários ou do controle social.

É possível afirmar que os tensionamentos como forma de acessar o serviço de ambulatório do HU/FURG existem e que ainda faz-se necessário uma efetiva discussão da rede de atenção à saúde da microrregião, não somente na média complexidade, mas por completo, iniciando na APS em busca da integralidade da assistência.

O Estudo de Caso demonstrou também a existência de judicialização como forma de acessar o serviço de ambulatório do HU/FURG, onde foi possível identificar que a inversão do fluxo não atende nem mesmo os princípios e diretrizes do SUS quanto à equidade, criando outro fluxo não baseado na necessidade imediata do usuário, mas sim em deliberações não pactuadas. Não se tratando, portanto, de um fluxo paralelo nem de um fluxo que compete. Mas que se sobrepõe ao pactuado e às vezes ao disponível. E que uma vez sobreposto ao sistema vigente, desloca o fluxo de acesso e, por consequência, desloca igualmente o fluxo da demanda. Por conseguinte, haverá o deslocamento também da dificuldade de acesso, criando uma nova demanda, desta vez ao judiciário.

As constatações narradas nos três parágrafos anteriores evidenciam que o acesso ocorre também pela ação direta dos gestores, dos profissionais de saúde e do controle social. Seja por tensionamentos na rede de atenção à saúde, seja por judicialização, dando **sustentação à Tese** “*O acesso ao Ambulatório do HU/FURG, na rede de atenção à saúde da Microrregião Litoral Lagunar do Rio Grande do Sul, ocorre para além da pactuação intergestores*”.

As limitações na operacionalização da RAS identificadas neste estudo remetem à importância de estudar e entender a problemática dos pequenos municípios tais como as tensões, as dificuldades de acesso aos serviços e a cooperação intergestores e interinstitucionais, entre as quais a da formação e capacitação profissional.

Quanto à formação ou qualificação do profissional ou do controle social, esta assertiva baseia-se nos relatos de todas as Unidades de Análise desse Estudo de Casos Múltiplos Integrados.

No Hospital Universitário, tanto a coordenação do ambulatório de especialidades, quanto a gestão manifestaram a necessidade de rever a questão da formação e treinamento para os profissionais de saúde como forma de atingir a plenitude da assistência à saúde.

Nesta direção, a coordenação do ambulatório de especialidades destaca a importância da investigação clínica do paciente ainda quando na atenção básica, antes mesmo de ser encaminhado a consultas especializadas, para que o referenciamento tenha um maior grau de resolutividade. Portanto, evidencia-se aí a importância da educação permanente e a qualificação profissional para atingir esses objetivos e suprir essas necessidades.

No município do Chuí/RS, segundo o profissional médico da ESF, a instrumentalização para melhor relacionar-se com a atenção especializada ocorre em forma de orientações recebidas em um curso de especialização que está frequentando. E o presidente do CMS acredita estar realizando um bom trabalho justamente por ter realizado cursos de qualificação.

Em Santa Vitória do Palmar/RS, o conselho local de saúde é visto como um órgão fiscalizador das ações da gestão, não sendo atuante nas questões de discussão das necessidades de saúde da população. Este fato é lamentado por todos os participantes, inclusive reconhecido pela própria representante do controle social, sendo em parte tal deficiência por ela atribuída ao despreparo dos conselheiros no sentido de qualificação e instrumentalização.

No município de São José do Norte/RS, houve por parte dos profissionais de saúde, da gestão e das coordenações, várias manifestações quanto à necessidade de capacitações para o maior conhecimento e melhor desempenho das atividades a serem prestadas à comunidade.

Em Rio Grande/RS, sobre este mesmo aspecto, o representante do controle social manifesta sua preocupação quanto aos gargalos existentes para o acesso às especialidades médicas. Aponta como sendo um problema a formação acadêmica mais direcionada à personificação profissional do que em atender as necessidades básicas de saúde da população.

Neste particular, é possível perceber que algumas ações estão indo ao encontro de alternativas para melhorar a integração entre a APS e as especialidades médicas, e minimizar as dificuldades de acesso às especialidades. Estas ações se manifestam pela educação permanente, integrando os especialistas do ambulatório do HU e os médicos da equipe da ESF.

No município do Rio Grande/RS, tanto a gestão como o presidente do CMS manifestaram a necessidade da capacitação e da instrumentalização dos usuários para atuar no controle social, apontando como possibilidade para tanto a atuação conjunta da secretaria municipal de saúde e a universidade.

Nesta direção, quanto à questão da formação, este Estudo de Casos Múltiplos Integrados revelou e comprovou a expectativa já prevista na metodologia, da marcante presença de profissionais de saúde com formação na Universidade Federal do Rio Grande – FURG, atuando na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul.

Esta afirmativa baseia-se em que, no total de entrevistados no estudo, incluindo o Estudo de Caso-Piloto no município de Turuçu/RS, foram 38 participantes, sendo 24 com formação acadêmica em enfermagem ou medicina. É importante destacar que, dos 24 com formação em enfermagem ou medicina, 16 graduaram-se na Universidade Federal do Rio Grande - FURG, correspondendo a 66,66 % dos entrevistados médicos e enfermeiros.

Quando nos referimos ao quantitativo de entrevistados atuando na microrregião litoral lagunar, delimitação geográfica desse Estudo de Casos Múltiplos Integrados, excluindo o Estudo-Piloto, o total de entrevistados passa a ser 32, sendo 20 com formação em enfermagem ou medicina. E destes 20, 16 tiveram sua formação na FURG (80%), 12 graduaram-se em enfermagem (75%), e 4 graduaram-se em medicina (25%).

Estes dados evidenciam a importância desta instituição, no sentido de que, sendo uma universidade voltada para os ecossistemas costeiros e oceânicos, com ações pedagógicas pautadas na formação comprometida com as questões socioambientais e o desenvolvimento humano, científico e tecnológico na formação de profissionais, coloca à disposição da região um contingente de egressos que ocupam estes espaços. Isso confirma, portanto, o perfil do estudante da FURG, conforme os Princípios Orientadores do Ensino, da Pesquisa e da Extensão.

Isto demonstra, conforme já apresentado na introdução deste Estudo de Caso, o enfermeiro como o profissional que participa ativamente na RAS e evidencia igualmente a Universidade Federal do Rio Grande - FURG como instituição formadora para o SUS.

No contexto, esta relação contribuiu para a realização deste estudo pela importância que teve para o sucesso do mesmo a questão do acesso ao cenário de pesquisa, identificando e encontrando pessoas com as quais existiam vínculos, seja pela relação com a pesquisa, trajetória acadêmica ou instituição.

É com profundo respeito e consideração que relato ter encontrado algumas limitações na realização deste Estudo de Casos Múltiplos Integrados. Estes sentimentos dão-se por conta de que, quanto ao aspecto metodológico, a receptividade encontrada nos ambientes de realização da pesquisa foi muito profícua e prazerosa.

No entanto, as dificuldades encontradas foram as mesmas que os usuários do sistema de saúde que integram a Rede de Atenção à Saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul enfrentam na busca de assistência: a distância, os meios de transporte, os riscos no percurso e as condições climáticas. Para eles meu respeito como pesquisador e profissional.

REFERÊNCIAS

- ABREU DE JESUS, W. L; ASSIS, M. M. A. Revisão sistemática sobre o conceito de acesso nos serviços de saúde: contribuições do planejamento. **Cien Saude Colet**, v. 15, n. 1, p. 161-70, 2010.
- ACURCIO, F. A.; GUIMARÃES M. D. C. Acessibilidade de indivíduos infectados pelo HIV aos serviços de saúde: uma revisão de literatura. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 12 n. 2, p. 233-42, 1996.
- ADAMI, N. P. Acesso aos serviços de dermatologia de um centro de saúde escola sob o modo de ver dos hansenianos. **Revista Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 82-86, 1993.
- AKERMAN, et al. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS et al (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 110-35.
- ALBUQUERQUE, H. C; MENDES, E. V. Las redes de atención a la salud en Janaúba, Minas Gerais, Brasil: El caso de la red viva vida. **Revista de Innovación Sanitaria y Atención Integrada**, v. 1, n. 2, artigo 7, 2009. Disponível em:<<http://pub.bsaltut.net/risai/vol1/iss2/7>>. Acesso em: 24 jun. 2014.
- ANDRADE, L. O. M; BARRETO, I. C. H. C; BEZERRA, R. C. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. p. 783-836. In: CAMPOS et al (Orgs.) **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada - RDC nº 93, de 26 de maio de 2006**. Dispõe sobre o Manual Brasileiro de Acreditação de Organizações Prestadoras de Serviços de Saúde e as Normas para o Processo de Avaliação.

Disponível em: <<http://www.anvisa.gov.br/servicosauade/acreditacao/manuais/index.asp>>. Acesso em: 13 maio 2014.

APPOLINÁRIO, F. Metodologia da ciência: filosofia e prática da pesquisa. 2 ed. São Paulo: Cengage Learnig, 2012.

ARANTES, C. I. S. et al. O Controle Social no Sistema Único de Saúde: concepções e ações de enfermeiras da atenção básica. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, p. 470-78, 2007.

AZONASUL. Associação dos Municípios da Zona Sul. Disponível em: <http://www.azonasul.org.br/Azonasul>. Acesso em: 15 ago. 2015.

BARROS, R. P. CONASS Debate-saúde. In: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **CONASS Debate-saúde: para onde vai a nova classe média**. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Brasília: CONASS, 2013. p. 34-49. Disponível em: <http://www.conass.org.br/bibliotecav3/pdfs/CONASS_Debate_N_1.pdf>. Acesso: em 10 de maio de 2014.

BECH, J. Território e organização de atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C; BECH, J. (Orgs.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, Ed. PDGSAúde, 2002, p. 59-66.

BENDER AS, MOLINA LR, MELLO ALSF, Absenteísmo na atenção secundária e suas implicações na atenção básica. **Rev. Espaço para a Saúde**, v. 11, n. 2, p. 56-65, 2010.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto Nº 94.406 de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei Nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, publicado em 09/06/1987, Seção I, folhas 8.853-5.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei Nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 19 set. 1990a.

_____. Lei Nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, 28 dez. 1990b.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria Nº 545 de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica - SUS 01/93. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt0545_20_05_1993.html>. Acesso em: 16 dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Descentralização da Gestão da Assistência. **Regionalização da Assistência à Saúde**:

aprofundando a descentralização com equidade no acesso: Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02 e Portaria MS/GM, N° 373, de 27 de fevereiro de 2002 e regulamentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde. 2ª. ed. revista e atualizada. 108 p.: il – (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. 1ª ed. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4.ª reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 96 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos), 2003a.

_____. Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor (BR). **O SUS pode ser seu melhor plano de saúde**. Brasília: MS; 2003b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistemas de Informações sobre Mortalidade (SIM) e Nascidos Vivos (Sinasc) para os profissionais do Programa Saúde da Família**. Ministério da Saúde. 2. ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 40 p. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção à Saúde. **Avaliação Normativa do Programa de Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 140p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde: um pacto pela saúde no Brasil: síntese**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 fev. 2006a. Seção 1, p. 43-51.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 699/GM, de 30 de março de 2006. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão. **Diário Oficial da União** 2006b; 3 abr.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004**/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica - Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 200 p. - (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS; 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. **Manual técnico do Sistema de Informação Hospitalar**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b. 198 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. **Cartão Nacional de Saúde**. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/saude/gestor>>. Acesso em: 10 jul. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde - SUS. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt1559_01_08_2008.html>. Acesso em: 20 maio 2014. 2008b

_____. Ministério da Saúde. Série Pactos pela Saúde. Coletânea 2006. Volume 3. **Regionalização Solidária e Cooperativa**: Orientações para sua implementação no SUS. Editora Ministério da Saúde. Brasília, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS)**: uma construção coletiva – trajetória e orientações de operacionalização. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2009b. 318p. Disponível em:<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/planejaSUS_livro_1a6.pdf>. Acesso em: 20 maio 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Mais saúde: direito de todos**: 2008 2011. 4. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. 132 p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

_____. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. **Diário Oficial da União**, publicado em 31/12/2010b, Seção I, Página 89.

_____. Presidência da República. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Brasília. **Diário Oficial da União**. Publicado em 29 jun. 2011a, seção I.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Conass. **Sistema Único de Saúde**: Coleção para Entender a Gestão do SUS. Brasília: Conass, 2011b. 291 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comitê de Estatísticas Sociais. **Sistema de informações ambulatoriais do SUS, SIA – SUS**. Disponível em:<<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-ambulatoriais-do-sus-sia-sus>>. Acesso em: 13 maio 2012b.

_____. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.412, DE 10 DE JULHO DE 2013. Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/dab/arquivos/Portaria_1412%20jul_13.pdf. Acesso em: 21 mar. 2015.

_____. **Lei n. 12.871**, de 22 de outubro de 2013b. Institui o Programa Mais Médicos, altera a lei 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e nº 6.932, de 7 de julho de 1981, e da outras

providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/Lei/L12871.htm>. Acesso em: 1 jul. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Conselhos de saúde: a responsabilidade do controle social democrático do SUS. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013c. 28 p.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Comitê de Estatísticas Sociais. **Sistema de informações de agravos de notificação - SINAN**. Disponível em: <<http://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-de-agravos-de-notificacao-sinan>>. Acesso em: 14 jun. 2013d.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações de Atenção Básica – SIAB**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2014a.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos – SINASC**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2014b.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2014c.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema de Informação de Mortalidade – SIM**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/tabdata/cadernos/rs.htm>>. Acesso em: 06 fev. 2014d.

_____. Ministério da Saúde. **Para entender o controle social na saúde**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e. 178 p. : il.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. **Rio Grande. Serviços de saúde**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=5&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|servicos-de-saude-2009>>. Acesso em: 15 abr. 2014f.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. IBGE Cidades. **Rio Grande. Síntese das informações**. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=431560&idtema=16&search=rio-grande-do-sul|rio-grande|sintese-das-informacoes>>. Acesso em: 20 abr. 2014h.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. **Folha de rosto para pesquisa envolvendo seres humanos**. Plataformabrasil. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/protocolo/index.htm>. Acesso em: 08 set. 2014i.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico de cobertura da saúde da família**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 26 fev. 2015a.

_____. Sistema Nacional de Regulação (SISREG). Departamento de Informática do SUS (DATASUS). Ministério da Saúde. Disponível em:

<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?acao=11&id=30430>. Acesso em: 16 abr. 2015b.

_____. Governo Federal. Programa Mais Médicos. Mais Médicos para o Brasil, mais saúde para você. Disponível em: <http://maismedicos.gov.br/conheca-programa>. Acesso em 12 out. 2015c.

_____. Ministério da Saúde Gabinete do Ministro. PORTARIA Nº 1.653, DE 2 DE OUTUBRO DE 2015d. Acrescenta o art. 2º-A à Portaria nº 1.412/GM/MS, de 10 de julho de 2013, que Institui o Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB), com o objetivo de garantir a transição entre o Sistema de Registro das Ações Ambulatoriais de Saúde (RAAS) e o SISAB. Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsm.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1653_02_10_2015.html>. Acesso em: 10 jan. 2016.

_____. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ). Ministério da Saúde. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_pmaq.php. Acesso em 16 out. 2015e.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. Relação Nacional de Medicamentos Essenciais: RENAME 2014. Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Assistência Farmacêutica e Insumos Estratégicos. 9. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015f. 228 p.

_____. Instituto Nacional de Colonização e Reforma Agrária. Ministério do Desenvolvimento Agrário. Quilombolas. Disponível em: <http://www.incra.gov.br/quilombola>. Acesso em: 16 jan.e 2016a.

_____. Ministério da Saúde. Portal Brasil. Saúde nas fronteiras. Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2009/12/saude-nas-fronteiras>. Acesso em: 04 out. 2016b.

_____. Ministério da Saúde. DATASUS. Departamento de Informática do SUS. HIPERDIA. Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos. Disponível em: <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/hiperdia>. Acesso em: 05 out. 2016c.

BUSS, P. M. Governança global para a saúde. Editorial. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 681-83, 2014.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 8, n. 2, p. 569-584, 2003.

CAMPOS, G. W. S. Seis desafios para o resgate do SUS. **Revista RADIS**, n. 127, p. 11, 2013. Disponível em: http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/sites/default/files/radis_127_web.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4. ed. São Paulo: Paz e Terra, Volume I, 2000.

CEAP. Centro de Educação e Assessoramento Popular. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** CEAP. 2 ed. Passo Fundo: IFIBE, 2009. 48p.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. In: Brasil. Ministério da Saúde. **VER-SUS/Brasil**: caderno de textos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004. p. 90-106.

CONASEMS. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. **Reflexões aos novos gestores municipais de saúde 2013 – 2016**. Brasília, 2013. Disponível em: <<http://www.cosemsms.org.br/publicacoes/reflexoes-aos-novos-gestores-municipais-de-saude.pdf>>. Acesso em: 20 abr. 2014.

CONASS. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Estratégia e-SUS atenção básica e sistema de informação em saúde da atenção básica – SISAB. Brasília, CONASS/Ministério da Saúde, Coleção Progestores. 2013. Disponível e: <http://www.conass.org.br/biblioteca/wp-content/uploads/2013/01/NT-07-2013-e-SUS-e-SISAB.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2016.

CONILL, E. M; FAUSTO, M. C. R. **Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social**. Proyecto EUROSociAL Salud, Intercambio “Fortalecimiento de la Integración de la Atención Primaria con otros Niveles de Atención” [documento técnico]. Rio de Janeiro: IRD; 2007. Disponível em: <http://www.eurosociasalud.eu/docs/p4_1_1_1/MzI=>. Acesso em: 23 mar. 2013.

CONTANDRIOPOULOS, A. A avaliação na área da saúde: conceito e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. (Org.) **Avaliação em saúde**: dos modelos conceituais à prática na análise da implantação de programas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

COSEMSRS. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. **Regionais do COSEMS/RS**. Disponível em: <<http://www.cosemsrs.org.br/?menu=regionais®ional=51>>. Acesso em: 14 ago. 2014.

_____. Conselho das Secretarias Municipais de Saúde do Rio Grande do Sul. Seminário AB 2014. **Revista COSEMSRS**, n.7, 2014, p. 21-33.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **O planejamento da pesquisa qualitativa**: teorias e abordagens. Trad. Sandra Regina Netz. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. 432p.

DIAZ-GRAJALES, C; ZAPATA-BERMÚDEZ, Y; ARISTIZÁBAL-GRISALES, J. C. Acceso a los servicios preventivos en los regímenes contributivo y subsidiado de salud en un barrio estrato dos de la ciudad de Cali. **Rev. Gerenc. Polit. Salud**. v. 10, n. 21, p. 153-75, 2011. Disponível em: <http://www.javeriana.edu.co/fcea/rev_gerenc_polsalud/vol10_n_21/estudios_5.pdf>. Acesso em: 24 jun. 2014.

DISTANCIACIDADES. Distância cidades. **Rio Grande/Chuí**. Disponível em: <<http://br.distanciacidades.com/calculador?from=Rio+Grande+-+RS%2C+Brasil&to=Chu%C3%AD+-+RS%2C+Brasil>>. Acesso em: 14 abr. 2014b.

_____. Distância cidades. **Rio Grande/Santa Vitória do Palmar**. Disponível em: <<http://br.distanciacidades.com/calculador?from=Rio+Grande+-+RS%2C+Brasil&to=Santa+Vit%C3%B3ria+do+Palmar%2C+RS%2C+Brasil>>. Acesso em: 14 jun. 2014a.

_____. Distância cidades. **Rio Grande/Turuçu**. Disponível em:<<http://br.distanciacidades.com/calcular?from=rio+grande+rs&to=turu%C3%A7u+rs>>. Acesso em: 30 ago. 2014c

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration**. Boston, Harvard University Press, 1973.

ECUADOR. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. V CUMBRE IBEROAMERICANA DE MEDICINA FAMILIAR. **Carta de Quito**. Disponível em:<<http://www.salud.gob.ec/carta-de-quito-v-cumbre-iberoamericana-de-medicina-familiar/>>. Acesso em: 25 maio 2014.

ESCOREL, S. et al. O programa de Saúde da Família e a construção de um novo modelo para atenção básica no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 21, n. 2/3, p. 164-76, 2007.

FEE. Fundação de Economia e Estatística. **Perfil socioeconômico**. Disponível em:<<http://www.fee.rs.gov.br/perfil-socioeconomico/>>. Acesso em: 14 maio 2014a.

_____. Fundação de Economia e Estatística. **Série histórica**. Disponível em:<<http://www.fee.rs.gov.br/indicadores/populacao/estimativas-populacionais/serie-historica/>>. Acesso em: 14 maio 2014b.

FERREIRA, A. S. Competências gerenciais para unidades básicas do Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 69-76, 2004.

FERREIRA, J; SANTO, W. E. Os percursos da cura: abordagem antropológica sobre os itinerários terapêuticos dos moradores do complexo de favelas de Manguinhos, Rio de Janeiro. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, v. 22, n. 1, p. 179-98, 2012.

FEUERWERKER, L. Modelos tecnoassistenciais, gestão e organização do trabalho em saúde: nada é indiferente no processo de luta para a consolidação do SUS. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 18, p. 489-506, 2005.

FLEURY, S; OUVERNEY, A. M. **Gestão de redes**: a estratégia de regionalização da política de saúde. Rio de Janeiro: FGV, 2007.

FLICK, U. **Desenho da pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Artmed, 2009. 164 p.

FONSECA, D. R. et al. **Central de Regulação de Especialidades**. Secretaria Municipal de Saúde de Rio Grande. 2007. Mimeografado.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Cienc Cuid Saude**, v. 7, n. 1, p. 65-72, 2008.

FRENK, J. Reinventing primary health care: the need for systems integration. **Lancet**, v. 374, p. 170-73, 2009.

FURG. Universidade Federal do Rio Grande. **Projeto Pedagógico Institucional. Plano de Desenvolvimento Institucional 2011 - 2022**. Rio Grande: FURG, 2011.

- _____. Universidade Federal do Rio Grande. Hospital Universitário. **Conheça o HU**. Disponível em: <http://www.hu.furg.br/index.php?option=com_content&view=article&id=17&Itemid=1>. Acesso em: 20 jun. 2014.
- _____. Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr.. Atendimento em Traumatologia 1º semestre 2015. Relatório disponibilizado para o autor em 20 de maio de 2016a. Digitalizado.
- _____. Hospital Universitário. Tabela de acompanhamento das metas quantitativas contratualizadas (ambulatoriais), 2014. Média complexidade, 2015. I Relatório disponibilizado para o autor em 20 de maio de 2016b. Digitalizado.
- GADELHA, C. A. G. et al. Saúde e territorialização na perspectiva do desenvolvimento. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 3003-16, 2011.
- GIL, A. C. **Estudo de caso**. São Paulo: Atlas, 2009. 148 p.
- GIOVANELLA, L. et al. Sistemas de Salud en América del Sur. In: GIOVANELLA, L.; FEO, O.; FARIA, M.; TOBAR, S. (Orgs.). **Sistemas de salud en Suramérica: desafíos para la universalidad la integralidad y la equidad**. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Rio de Janeiro: ISAGS, 2012. p. 21-70.
- G-MUS. Gestão Municipal de Saúde. Inovadora. **O que é G-MUS?**. Disponível em: <http://inovadora.com.br/gmus.html>. Acesso em: 11 nov. 2015.
- GONÇALVES, M. L.; ALMEIDA, M. C. P. Construindo o Controle Social e a Cidadania em uma Experiência Concreta: O Conselho Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP), **Revista Saúde em Debate**. Rio de Janeiro, v. 26, n. 61, p. 167-75, 2002.
- HAM, C. et al. **Getting the basics rights: final reports on the care closer to home, making the shift programme**. Warwick, Institute for Innovation and Improvement, 2007.
- HENRIQUE, F.; CALVO, M. C. M. Avaliação do Programa Saúde da Família nos municípios do Estado de Santa Catarina, Brasil. **Cad. saude publica**, v. 24, n. 4, p. 809-19, 2008.
- HOLMAN, H.; LORIG, K. Patients as partners in managing chronic disease. **British Medical Journal**, v. 320, p. 526-27, 2000.
- INSTITUTE OF MEDICINE. Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century. Washington, The National Academies Press, 2011.
- JULIANI, C. M. C. M. et al. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 4, p. 323-33, 1999.
- KNIGHT, A. W. et al. Reduced waiting times for GP: two examples of “advanced access” in Australia. **Med J**, v. 183, n. 2, p. 101-03, 2005.
- KOPACH, R. et al. Effects of clinical characteristics on successful open access scheduling. **Health Care Manag Sci**, v. 10, n. 2, p. 111-24, 2007.

LABEURB. Laboratório de Estudos Urbanos. Enciclopédia das línguas no Brasil. Aspectos Históricos. Os Pomeranos no Brasil. Disponível em: <http://www.labeurb.unicamp.br/elb/europeias/pomeranos_brasil.htm>. Acesso em 20 nov. 2015.

LEMÕES, M. A. M; COSTA, C. F. S; MENDOZA-SASSI, R. A. Referenciamento de usuários do SUS para um hospital universitário no sul do Brasil. **Cienc. Cuid. Saúde**, v. 8, n. 2, p. 198-204, 2009.

MACINKO, J. et al. Organization and delivery of primary health care services in Petrópolis, Brazil. **Int. J. Health Plann. Mgmt.**, v.19, n. 4, p. 303-17, 2004.

MACINKO, J; GUANAIS, F. C; SOUZA, M. F. M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v. 60, n. 1, p. 13-19, 2006.

MACINKO, J; STARFIELD, B; SHI, L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. **Health Services Research**, v. 38, p. 819-53, 2003.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A, (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco, 2006. p. 39-64.

McINTYRE, D; MOONEY, G, (Ed.). **The economics of health equity**. New York: Cambridge University, 2007.

MENDES, E. V. **Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos. In: BRASIL. Conselho Nacional

_____. **As redes de atenção à saúde no SUS**. Belo Horizonte: ESP-MG; 2009.

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

MENICUCCI, T. et al. **Regionalização da atenção à saúde em contexto federativo e suas implicações para a equidade de acesso e a integralidade da atenção: relatório final**. Belo Horizonte: Fundação João Pinheiro, 2008.

MISOCZKY, M. C. La relación entre ciudadanía activa y administración municipal en la configuración de una formación político-organizacional: los casos del Proyecto de Salud Mental de Belo Horizonte y del Presupuesto Participativo de Porto Alegre. **Reforma y Democracia**, n. 21, p. 227-54, 2001.

_____. (RE) Encontrando o espaço do território nas estratégias de organização da atenção à saúde. In: MISOCZKY, M. C; BECH, J. (Orgs.) **Estratégias de organização da atenção à saúde**. Porto Alegre: Dacasa, Ed. PDGSaúde, 2002, p. 77-87.

MISOCZKY, M. C. et al. **Diagnóstico Local de Saúde de Santa Vitória do Palmar**. UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul; Prefeitura Municipal de Santa Vitória do Palmar; SIS – Sistema Integrado de Saúde das Fronteiras. Porto Alegre, 2008.

MOGOLLON-PEREZ, A. S; VAZQUEZ, M. L. Factores que inciden en el acceso de la población desplazada a las instituciones prestadoras de servicios de salud en Colombia. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 745-54, 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n4/04.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2014.

MONKEN, M. et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. In: MIRANDA, A. C; BARCELLOS, C; MOREIRA, J. C; MONKEN, M. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. p. 23-41.

MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 3, p. 898-906, 2005.

MORAES, R; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. 2. ed. Ijuí: Unijuí, 2011.

MORENO, G. G. A. et al. Apreciaciones de la población en condición de desplazamiento forzado sobre los servicios de salud en algunos municipios de Colombia. **Rev. Fac. Nac. Salud Pública**, v. 27, n. 2, p. 131-41, 2009. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/120/12011791004.pdf>>. Acesso em: 13 nov. 2013.

NASCIMENTO et al. Regulação em saúde: aplicabilidade para concretização do pacto de gestão do SUS. **Cogitare Enferm**, v. 14, n. 2, p. 346-52, 2009.

NONNENMACHER, C. L.; WEILLER, T. H; OLIVEIRA, S. G. Acesso à saúde: limites vivenciados por usuários do SUS na obtenção de um direito. **Cienc Cuid Saúde**, v. 10, n. 2, p. 248-55, 2011.

OLIVEIRA, L. H; MATTOS, R. A; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os “usuários” do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Cien saude colet**, v. 14, n. 5, p. 1929-38, 2009.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde**. 10. revisão. 9. ed. rev. São Paulo-SP: Universidade de São Paulo; 2003.

ONPS. Observatório Nacional de Políticas de Saúde. **Análise dos programas de saúde dos candidatos a prefeito das capitais**. Boletim do ONPS (agosto de 2012). Disponível em:<<http://abrasco.org.br/ONPS/01/boletim.pdf>>. Acesso em: 06 d nov. 2013.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington, HSS/IHS/ OPS, Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n. 4, 2010. Disponível em: <http://www.paho.org/uru/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=145&Itemid=250>. Acesso em: 20 abr. 2014.

POLIT, D. F; BECK, C. T; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**, 5ª edição, Artmed, Porto Alegre, 2004, 487 p.

PONTES et al. T. Facilidades de acesso reveladas pelos usuários do Sistema Único de Saúde. **Rev Bras Enferm.**, v. 63, n. 4, p. 574-80, 2010.

PORTER, M. **Population care and chronic conditions**: management at Kaiser Permanente. Oakland, Kaiser Permanente, 2007.

PORTO, M. F. S; PIVETTA, F. Por uma promoção da saúde emancipatória em territórios urbanos vulneráveis, p. 207-29. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências . 2 ed. rev. e amp./organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RAMOS, D. D; LIMA, M. A. D. S. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 27-34, 2003.

REIS, E. J. F. B. et al. Avaliação da qualidade dos serviços de saúde: notas bibliográficas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 50-61, 1990.

RIBEIRO, A. B. S. et al. Conselhos e conferências de saúde: participação social no SUS e os avanços da saúde brasileira. Anais do 11º Congresso Internacional da Rede Unida. Suplemento **Revista Interface - Comunicação, Saúde, Educação. Interface (Botucatu)**, supl. 3, 2014. Disponível em: <<http://conferencias.redeunida.org.br/ocs/index.php/redeunida/RU11/paper/view/2019>>. Acesso em: 23 ago. 2014.

RIGHI, L. B. Redes de saúde: uma reflexão sobre formas de gestão e o fortalecimento da atenção básica, p. 60-74. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 256 p.: il. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos HumanizaSUS; v. 2)

RIO GRANDE. Secretaria Municipal da Saúde. **Ordem de Serviço Nº 004** de 23 de maio de 2007. Dispõe sobre o sistema de referenciamento das Unidades Básicas de Saúde para consultas ambulatoriais e especialidades [Mimeografado]. Rio Grande: SMS-RG, 2007.

_____. Secretaria da Saúde. Projeto Vida Ativa. Disponível em: [//www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+450f2,,secretaria-da-saude-realiza-encontro-do-projeto-vida-ativa----.html#.V_U9FPRZBqE](http://www.riogrande.rs.gov.br/pagina/index.php/noticias/detalhes+450f2,,secretaria-da-saude-realiza-encontro-do-projeto-vida-ativa----.html#.V_U9FPRZBqE). Acesso em: 05 out. 2016.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Estado do Rio Grande do Sul. **Plano Diretor de Regionalização da Saúde. 2002**. Disponível em: <http://www.mprs.mp.br/areas/gapp/arquivos/plano_diretor_regionalizacao_saude.pdf>. Acesso em: 20 de maio de 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Portaria Nº 87/2013, de 08 de março** de 2013. Constitui o Grupo Executivo de Redes de Atenção à Saúde – GERAS - e estabelece suas diretrizes e atribuições. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1374150837_87-DAS.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2014.

_____. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Consultas e exames especializados**. Disponível em:

<http://www.saude.rs.gov.br/lista/280/Centros_de_Especialidades>. Acesso em: 23 abr. 2014a.

_____. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Regulação ambulatorial**. Disponível

em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/331/Como_funciona_a_regula%C3%A7%C3%A3o_ambulatorial%3F>. Acesso: em: 22 ago. 2014b.

_____. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Departamento de coordenação das regionais (DCR)**. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/conteudo/293/?Departamento_de_Coordena%C3%A7%C3%A3o_das_Regionais_%28DCR%29>. Acesso em: 25 ago. 2014c.

_____. Secretaria Estadual da Saúde do Rio Grande do Sul. **Regimento interno CIB-RS**. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/lista/285/Regimento_Interno_da_CIB-RS>. Acesso em: 25 ago. 2014d.

RODRIGUES, L. B. B. **Avaliação da implantação da referência e contra-referência de consultas especializadas no sistema municipal de saúde de Alfenas-MG**. Dissertação (Mestrado em Saúde)- Universidade José do Rosário – UNIFENAS, Alfenas, 2009.

ROLIM, L. B.; CRUZ, R. S. B. L. C; SAMPAIO, K. J. A. J. Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa. **Saúde em Debate Rio de Janeiro**, v. 37, n. 96, p. 139-47, 2013.

ROVANI, F. F. M; OLIVEIRA, L. C. B; CASSOL, R. Caracterização das microrregiões do rio grande do sul a partir de técnicas quantitativas e da cartografia temática. **Revista Discente Expressões Geográficas**, n. 06, ano VI, p. 41-54. Florianópolis, junho de 2010. Disponível em: <http://www.geograficas.cfh.ufsc.br/arquivo/ed06/ed06_art02.pdf>. Acesso em: 15 maio 2014.

SANCHEZ, R. M, CICONELLI, R. M. Conceitos de acesso à saúde. **Rev Panam Salud Publica**, v. 31, n. 3, p. 260-8, 2012.

SANTOS, F. P; MERHY, E. E. A regulação pública da saúde no Estado brasileiro – uma revisão. **Interface-Comunic, Saúde, Educ**, v.10, n.19, p. 25-41, 2006.

SANTOS, M. A. B; GERSCHMAN, S. As segmentações da oferta de serviços de saúde no Brasil – arranjos institucionais, credores, pagadores e provedores. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 795-806, 2004.

SÃO JOSÉ DO NORTE. Prefeitura Municipal de São José do Norte. **Como chegar**. Disponível em:<<http://www.saojosedonorte.rs.gov.br/?p=como-chegar>>. Acesso em: 14 abr. 2014.

SCHEFFER, M; BAHIA, L. **A saúde nos programas de governo dos candidatos a Presidente da República do Brasil nas eleições de 2014**: notas preliminares para o debate. ABRASCO. Disponível em:<<http://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2014/07/Saude-nas-El%C3%A7%C3%B5es-2014.pdf>>. Acesso em: 28 jul. 2014.

SCHWARTZ, T. D. et al. Estratégia Saúde da Família: avaliando o acesso ao SUS a partir da percepção dos usuários da Unidade de Saúde de Resistência, na região de São Pedro, no município de Vitória (ES). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2145-54, 2010.

SILVA, S. F. Pacto pela Saúde e rede regionalizadas de atenção: diretrizes operacionais para implantação. In: SILVA, S. F. (Org.). **Redes de Atenção à Saúde no SUS**. Campinas: IDISA, CONASEMS, p. 151-201, 2008.

_____. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 6, p. 2753-62, 2011.

SOUZA, E. C. F. et al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. **Cad. saude publica**, v. 24, supl. 1, p. 100-10, 2008.

STARFIELD, B. Primary care and health: a cross-national comparison. **JAMA**, v. 266, n. 16, p. 2268-71, 1991.

_____. **Atenção Primária. Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.

TEMPORÃO, J. G. (entrevista) **Revista Conasems**, ano II, n. 23, p. 5-12, 2007. Disponível em: <http://164.41.147.224/conasems/portal_teste/GaleriaDeRevistas/revistas/Ed23.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2014.

_____. Sistema Único de Saúde brasileiro: avanços, desafios e perspectivas. **J Manag Prim Health Care**, v. 5, n. 2, p. 129-130, 2014. Disponível em: <<http://www.jmphc.com/ojs/index.php/01/article/view/221/149>>. Acesso em: 12 ago. 2014.

THIEDE, M; McINTYRE, D. Information, communication and equitable access to health care: a conceptual note. **Cad Saude Publica**, v. 24, n. 5, p. 1168-73, 2008.

TRAVASSOS, C; MARTINS, M. Uma revisão sobre os conceitos de acesso e utilização de serviços de saúde. **Cad Saude Publica**, n. 20 (Supl. 2), p. 190-98, 2004.

TRAVASSOS, C; OLIVEIRA, E. X. G; VIACAVA, F. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. **Cien saude colet.**, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.

UNGLERT, C. V. S. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. **Rev Saude Publica**, v. 24, n. 6, p. 445-52, 1990.

UNGLERT, C. V. S. Territorialização em sistemas de saúde. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário**. São Paulo: Hucitec, 1999.

UNIFESP. Departamento de Informática em Saúde. **Sistemas de informação em saúde**. São Paulo, Faculdade de Medicina da UNIFESP, 2000.

VALARINS, G. C. M. Regulação do Acesso à Assistência: conceitos e desafios. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 81-4, 2010.

VARGAS-LORENZO, I. et al. Acceso a la atención en salud en Colombia. **Rev. Salud Pública**, v. 12, n. 5, p. 701-12, 2010.

WENDHAUSEN, Á. L. P; BARBOSA, T. M; BORBA, M. C. Empoderamento e recursos para a participação em conselhos gestores. **Revista Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 15, n. 3, p. 131-44, 2006.

WHO. World Health Organization. **Primary health care**. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, Geneva, WHO, 1978.

_____. World Health Organization. **The world health report 2000**: health systems, improving performance. Geneva, World Health Organization, 2000.

_____. World Health Organization. **Primary health care**: now more than ever. Geneva, The World Health Report 2008, 2008.

WITT, R. R. Sistema de Referência e Contra-Referência num Serviço de Saúde Comunitária. **Rev gaúcha enferm**. v. 13, n. 1, p. 19-23, 1992.

WWF-BRASIL. **Redes**: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização. Brasília: WWF-BRASIL, 2003. Disponível em: <<http://www.wwf.org.br/informacoes/biblioteca/?3960>>. Acesso em: 03 maio 2014.

YIN, R. K. **Estudo de Caso**: planejamento e métodos. 4 ed. Porto Alegre: Bookman, 2010. 248p.

APÊNDICE A - Instrumento de entrevistas

1. Dados de identificação:

- 1.1. Caracterização do sujeito:
 - 1.1.1. Denominação do sujeito:
 - 1.1.2. Sigla do sujeito:
 - 1.1.3. Local de atividade do sujeito:
 - 1.1.4. Ambiente físico em que foi realizada a entrevista:
 - 1.1.5. Data da Entrevista:
 - 1.1.6. Hora de início da entrevista:
 - 1.1.7. Hora do término da entrevista:

2. Questão geral:

- 2.1.1. Com relação aos usuários do SUS que necessitam serem atendidos no Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande HU/FURG, e nos demais serviços ambulatoriais da rede de atenção à saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul:
- 2.2. Fale sobre a regionalização da saúde. Qual a sua visão quanto a esse processo?
- 2.3. Fale sobre acesso aos serviços de saúde. Local e regional. Qual a sua visão quanto a esse processo?
- 2.4. Fale sobre o sistema de referência e contrarreferência. Local e regional. Qual a sua visão sobre esse processo?
- 2.5. Fale sobre o agendamento e marcação de consulta no ambulatório de especialidades do HU/FURG. Qual a sua visão sobre esse processo?
- 2.6. Fale sobre o deslocamento do usuário até o local de atendimento. Qual a sua visão sobre esse processo?
- 2.7. Fale sobre os demais serviços que integram a rede de atenção à saúde na microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. Qual a sua visão sobre esse processo?
- 2.8. Fale sobre o controle social. Qual a sua visão sobre esse processo?

3. Itens ou Questões Avaliativas (QA) a serem considerados como foco durante a entrevista (condução da entrevista):

- 3.1. **Quanto ao elemento ou Componente: população (C1)**
 - 3.1.1. Questão Avaliativa “I” Há definição das necessidades de saúde desta população?
 - 3.1.2. Questão Avaliativa “II” Há um processo de territorialização da RAS?

- 3.2. Quanto ao elemento ou Componente: Atenção Primária à Saúde (C2)
 - 3.2.1. Questão Avaliativa “I” A referência da APS é um requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?
 - 3.2.2. Questão Avaliativa “II” Há interação entre as equipes de APS e de atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito ou por correio eletrônico)?
 - 3.2.3. Questão Avaliativa “III” As equipes de APS articulam-se rotineiramente com a comunidade?
 - 3.2.4. Questão Avaliativa “IV” Os agentes comunitários de saúde estão capacitados para o papel de articulação entre as equipes de APS e a comunidade?
 - 3.2.5. Questão Avaliativa “V” Existe um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social da APS?
- 3.3. Quanto ao elemento ou componente: os Pontos de Atenção à Saúde Secundários e Terciários (C3)
 - 3.3.1. Questão Avaliativa “I” No desenho da RAS há um movimento de substituição da atenção ambulatorial especializada através do reforço da APS?
 - 3.3.2. Questão Avaliativa “II” Há instrumentos operacionais eficazes de contrarreferência para a APS?
- 3.4. Quanto ao elemento ou Componente: os Sistemas de Apoio (C4)
 - 3.4.1. Questão Avaliativa “I” O sistema de assistência farmacêutica contempla uma programação feita a partir das necessidades da população adscrita à RAS?
 - 3.4.2. Questão Avaliativa “II” O sistema de assistência farmacêutica contempla os mecanismos de distribuição racional dos insumos farmacêuticos?
 - 3.4.3. Questão Avaliativa “III” Há protocolos clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?
 - 3.4.4. Questão Avaliativa “IV” Há um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processo e a descentralização para as unidades de saúde da RAS, da coleta das amostras?
- 3.5. Quanto ao elemento ou Componente: os Sistemas Logísticos (C5)
 - 3.5.1. Questão Avaliativa “I” Há uma base de dados única que incorpora toda população usuária e a classifica em subpopulações por riscos?
 - 3.5.2. Questão Avaliativa “II” Há um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

- 3.5.3. Questão Avaliativa “III” A equipe de APS agenda diretamente alguns exames de análises clínicas ou de imagens?
- 3.5.4. Questão Avaliativa “IV” Há um sistema de transporte em saúde integrado na RAS, com rotas predefinidas e comunicação em tempo real?
- 3.5.5. Questão Avaliativa “V” O sistema tem um módulo de transporte de pessoas usuárias para procedimentos eletivos prestado com veículos adequados?
- 3.6. Quanto ao elemento ou Componente: o Sistema de Governança da Rede (C6)
 - 3.6.1. Questão Avaliativa “I” Existe uma estrutura organizacional de governança da RAS? (O sistema de governança das RAS “cuida de governar as relações entre APS, os pontos de atenção secundária e terciária, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos”.
 - 3.6.2. Questão Avaliativa “II” Há um sistema de monitoramento e avaliação da RAS?
 - 3.6.3. Questão Avaliativa “III” Esse sistema contempla a avaliação das pessoas usuárias?
 - 3.6.4. Questão Avaliativa “IV” Há um sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?
- 3.7. Quanto ao elemento ou Componente: o Modelo de Atenção à Saúde (C7)
 - 3.7.1. Questão Avaliativa “I” O modelo de atenção à saúde articula subpopulações de risco com as intervenções de saúde?
 - 3.7.2. Questão Avaliativa “II” O modelo de atenção inclui ações de promoção da saúde para a população total adscrita à rede?
 - 3.7.3. Questão Avaliativa “III” As RASs utilizam rotineiramente as tecnologias de listas de espera?
 - 3.7.4. Questão Avaliativa “IV” As listas de espera são construídas com base em riscos, transparência e em evidências, para organizar a demanda de serviços com grande deficiência de oferta?

APÊNDICE B - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -

HU/FURG

Ilm^a. Sra.

Diretora do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande HU/FURG
Rio Grande/RS

Prezada Diretora

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores desta instituição, uma pesquisa intitulada: “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de abril de 2015 a dezembro de 2016. Tem como objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande (HU/FURG), na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E como objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre a gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar, no entendimento dos gestores, como ocorre o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar, no entendimento dos profissionais de saúde, como ocorre o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa, é imprescindível a sua participação. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045
Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

**APÊNDICE C - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -
Município do Rio Grande/RS**

Ilmº. Sr. (a).
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município do Rio Grande/RS

Prezado(a) Secretário(a)

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores dessa instituição, uma pesquisa intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de abril de 2015 a dezembro de 2016. Tem por objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar de que forma a gestão vê como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar de que forma os profissionais de saúde vêm como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a participação dessa secretaria. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa

Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045

Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti

Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

**APÊNDICE D - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -
Município de Turuçu/RS.**

Ilmº. Sr. (a).
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município de Turuçu/RS

Prezado(a) Secretário(a)

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores dessa instituição, uma pesquisa intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de abril de 2015 a dezembro de 2016. Tem por objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar de que forma a gestão vê como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar de que forma os profissionais de saúde vêm como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a participação dessa secretaria. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045
Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

**APÊNDICE E - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -
Município de São José do Norte/RS**

Ilmº. Sr. (a).
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município de São José do Norte/RS

Prezado(a) Secretário(a)

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores dessa instituição, uma pesquisa intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de abril de 2015 a dezembro de 2016. Tem por objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar de que forma a gestão vê como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar de que forma os profissionais de saúde vêm como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a participação dessa secretaria. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045
Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

**APÊNDICE F - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -
Município de Santa Vitória do Palmar/RS**

Ilmº. Sr. (a).
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município de Santa Vitória do Palmar/RS

Prezado(a) Secretário(a)

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores dessa instituição, uma pesquisa intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de janeiro de 2015 a dezembro de 2016. Tem por objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da região litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar de que forma a gestão vê como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar de que forma os profissionais de saúde vêm como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a participação dessa secretaria. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045
Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

**APÊNDICE G - Carta de solicitação de autorização para realização de pesquisa -
Município do Chuí/RS**

Ilmº. Sr. (a).
Secretário(a) Municipal de Saúde
Município do Chuí/RS

Prezado(a) Secretário(a)

Meu nome é Cesar Francisco Silva da Costa, doutorando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Rio Grande – FURG. Venho, por meio desta, solicitar autorização para realizar, com servidores dessa instituição, uma pesquisa intitulada “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”, sob a orientação da Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti.

A pesquisa faz parte da elaboração de minha Tese de Doutorado e será desenvolvida de abril de 2015 a dezembro de 2016. Tem por objetivo geral: caracterizar o acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário, da Universidade Federal do Rio Grande, na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul. E objetivos específicos: 1) Identificar a inter-relação entre gestão, os profissionais de saúde e o controle social no sistema de referência e contrarreferência na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul; 2) Identificar de que forma a gestão vê como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 3) Identificar de que forma os profissionais de saúde vêm como se dá o acesso ao ambulatório do HU/FURG; 4) Identificar o acesso ao ambulatório do HU/FURG a partir da ótica do controle social.

A metodologia adotada prevê a realização de um estudo de caso, utilizando a técnica de pesquisa documental e entrevista para a coleta de dados, assim como uma gravação da conversa entre entrevistado e entrevistador. Previamente, será apresentada mais detalhadamente a metodologia do estudo e a coleta de dados será realizada em local e horário que seja de melhor conveniência para os entrevistados. Todas as informações obtidas no processo de coleta de dados serão confidenciais, garantindo-se o sigilo que assegura a privacidade individual e serão utilizadas exclusivamente para o desenvolvimento desta pesquisa.

Para o alcance do objetivo proposto para esta pesquisa é imprescindível a participação dessa secretaria. Agradeço antecipadamente a atenção dispensada e coloco-me a sua disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente,

Rio Grande, de _____ de 2015.

Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Doutorando

Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Orientadora Docente

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa
Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045
Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti
Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net Fone: (53) 3233-8855

APÊNDICE H - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE - FURG
ESCOLA DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Eu, _____, de acordo com o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declaro estar devidamente informado(a) sobre a natureza da pesquisa, intitulada: “O acesso ao ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na rede de atenção à saúde da microrregião litoral lagunar do Rio Grande do Sul: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social”.

Fui igualmente esclarecido(a) do objetivo proposto e metodologia que será desenvolvida nesta pesquisa. Concordo em participar dela e que as informações que eu prestar sejam utilizadas em sua realização.

O presente Termo terá duas vias, uma ficará com o pesquisador e a outra via com o participante da pesquisa.

Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura da responsável: _____

Local e data: _____

Responsáveis pelo Estudo:

Doutorando: Prof. MSc. Cesar Francisco Silva da Costa

Contatos: E-mail: hspcesar@furg.br

Fone: (53) 3233-8855 ou (53) 9163-0045

Orientadora Docente: Prof.^a Dr.^a Helena Heidtmann Vaghetti

Contatos: E-mail vaghetti@vetorial.net

Fone: (53) 3233-8855

ANEXO A – Parecer CEPas/FURG

CEPAS / FURG
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA NA ÁREA DA SAÚDE
Universidade Federal do Rio Grande - FURG
www.cepas.furg.br

PARECER Nº 43/2015

CEPAS 17/2015

23116.002907/2015-04

CAAE: 43775115.0.0000.5324

Título da Pesquisa: O ACESSO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social.

Pesquisador: Cesar Francisco Silva da Costa

PARECER DO CEPAS:

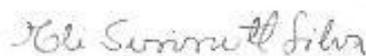
O Comitê, considerando tratar-se de um trabalho relevante, o que justifica seu desenvolvimento, emitiu o parecer de **APROVADO** para o projeto "O ACESSO AO AMBULATÓRIO DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO LITORAL LAGUNAR DO RIO GRANDE DO SUL: estudo de caso com gestores, profissionais e controle social".

Está em vigor, desde 15 de novembro de 2010, a Deliberação da CONEP que compromete o pesquisador responsável, após a aprovação do projeto, a obter a autorização da instituição co-participante e anexá-la ao protocolo do projeto no CEPAS. Pelo exposto, o pesquisador responsável deverá verificar se seu projeto está obedecendo a referida deliberação da CONEP.

Segundo normas da CONEP, deve ser enviado relatório **semestral** de acompanhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa, conforme modelo disponível na página <http://www.cepas.furg.br>.

Data de envio do **relatório final**: 31/12/2016

Rio Grande, RS, 24 de abril de 2015.


Profª. Eli Sinnott Silva

Coordenadora do CEPAS/FURG

**ANEXO B - Núcleo Municipal de Educação em Saúde Coletiva (NUMESC) da
Secretaria de Município da Saúde do Rio Grande/RS**



Estado do Rio Grande do Sul
PREFEITURA MUNICIPAL DO RIO GRANDE
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA - NUMESC

Parecer 09/2015

Rio Grande, 08 de julho de 2015.

Projeto: O Acesso ao Ambulatório do Hospital Universitário da Universidade Federal do Rio Grande na Rede de Atenção à Saúde da Região Litoral Lacunar do Rio Grande do Sul: Estudo de Caso com Gestores, Profissionais e Controle Social ;

Autor principal: Cesar Francisco Silva da Costa.

Parecer:

Perante análise do colegiado do Núcleo Municipal de Educação Permanente em saúde (NUMESC), decidiu-se pelo DEFERIMENTO do projeto apresentado.

Angela Gonçalves Silva
NUMESC