



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAUDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

PATRÍCIA ALVES DE CARVALHO RIBEIRO

**DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A
OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Santo Antônio de Jesus

2015

PATRÍCIA ALVES DE CARVALHO RIBEIRO

**DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A
OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Msc. Elaine Andrade Leal Silva

Santo Antônio de Jesus
2015

PATRÍCIA ALVES DE CARVALHO RIBEIRO

**DIFICULDADES E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO PARA A
OPERACIONALIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Monografia apresentada ao Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia como requisito parcial para a obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___

Banca Examinadora

Elaine Andrade Leal Silva – Orientadora _____
Mestre em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Feira de Santana
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Rosa Cândida Cordeiro _____
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Willian Tito Maia Santos _____
Doutorando em Psicologia Social pela Universidade de São Paulo
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Dedico este trabalho aos meus pais, exemplos de força e determinação. Meu porto seguro em meio às dificuldades e companheiros nessa caminhada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me concedeu o dom da vida, guiou meus passos, e me deu força e resignação nessa trajetória.

Aos meus pais, pelo amor incondicional, carinho, apoio e confiança. Agradeço por acreditarem em minha capacidade e não terem medido esforços para que se essa etapa da minha vida se realizasse.

À minha irmã Fernanda, pelo companheirismo, mesmo que à distância.

Ao meu namorado Alberto, pelo amor e carinho, e por me tranquilizar nos momentos de correria a cada final de semestre.

Aos meus amigos, por terem tornado essa caminhada mais leve. Em especial a Sandy, Manu, Lu e Jel, pelos momentos maravilhosos compartilhados e por aturarem a minha personalidade forte.

À minha orientadora Elaine, pelo exemplo de profissionalismo e dedicação. Agradeço por compartilhar comigo os seus conhecimentos, pela paciência, atenção e disponibilidade. Por mostrar que o processo de aprendizagem pode ser permeado por afeto.

Aos participantes do grupo PET- Saúde ESF/RAS, com os quais vivenciei momentos preciosos, na construção do conhecimento e no desenvolvimento de habilidades essenciais à minha formação, pela contribuição essencial ao desenvolvimento desse trabalho.

Ao professor Willian Tito, por ter norteado os melhores caminhos durante a minha trajetória no PET-Saúde, pela disponibilidade e apoio.

A Chris, pela convivência além da preceptoria, pelos conhecimentos compartilhados e sobretudo pela amizade e carinho.

À Rafa e Laila, pelo companheirismo e pelos momentos agradáveis que vivenciamos.

À equipe da USF Antônio André de Souza Filho, pelo acolhimento, disponibilidade, contribuição e convivência no decorrer da minha participação no PET-Saúde.

Aos gestores, trabalhadores e usuários que se disponibilizaram a participar dessa pesquisa.

A todos que contribuíram diretamente ou indiretamente para que esse trabalho fosse realizado.

“Enquanto estivermos tentando, estaremos felizes, lutando pela definição do indefinido, pela conquista do impossível, pelo limite do ilimitado, pela ilusão de viver. Quando o impossível tornar-se um desafio, a satisfação estará no esforço e não apenas na realização final”.

Mahatma Gandhi

RIBEIRO, Patrícia Alves de Carvalho. Dificuldades e estratégias de enfrentamento para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. 90 f. 2015. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Santo Antônio de Jesus, 2015.

RESUMO

A operacionalização das Redes de Atenção à Saúde permite ofertar aos usuários ações e serviços dos quais necessitam, com efetividade, eficiência e pautados na integralidade do cuidado. Esse estudo tem como objetivos: Conhecer as dificuldades encontradas na operacionalização das Redes de Atenção à Saúde; Sumarizar as estratégias de enfrentamento para operacionalização das Redes de Atenção à Saúde, sugeridas por trabalhadores e usuários do Sistema Único de Saúde municipal. Trata-se de um estudo de cunho descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa, desenvolvido com a participação de gestores, trabalhadores e usuários de serviços do Sistema Único de Saúde no âmbito do município de Santo Antônio de Jesus, perfazendo um total de 59 sujeitos. A coleta dos dados utilizados ocorreu por meio de entrevistas semiestruturadas, norteadas por roteiros elaborados previamente de acordo com as três categorias de participantes. Os dados coletados foram analisados empregando-se a Análise de Conteúdo. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, e respeitou os princípios da bioética e os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos presentes na resolução número 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A análise dos dados resultou em duas categorias analíticas: Dificuldades para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde; Estratégias de enfrentamento para operacionalização das Redes de Atenção à Saúde. Foram identificadas na primeira categoria: falhas na articulação, em especial a não prática da contrarreferência, falta de recursos humanos, materiais e financeiros, burocratização do sistema de saúde, falta de cultura colaborativa entre os profissionais da rede, falta de conhecimento dos serviços que compõem a rede, bem como das funções de cada um desses, e desequilíbrio da relação oferta *versus* demanda. Sugeriu-se como estratégia de enfrentamento: aproximar os profissionais dos diferentes serviços do Sistema Único de Saúde a nível municipal para que esses dialoguem, capacitar os profissionais da rede, sistematização das informações em saúde, adequar a oferta dos recursos humanos à crescente demanda dos serviços de saúde, diminuir a demora nos fluxos assistenciais, a determinação de cotas de atendimento para cada Unidade de Saúde da Família com base no contingente populacional adscrito, reorientar as práticas em saúde enfocando na realização de ações preventivas em virtude das curativistas, adoção de melhorias no que diz respeito à marcação de exames e consultas, empoderamento da população quanto aos seus direitos enquanto usuários do Sistema Único de Saúde, e cumprimento da contrarreferência. Divergindo dessa última estratégia, foi sugerido por um dos entrevistados a não utilização do sistema de referência e contrarreferência. Esse estudo levou a conclusão de que a Redes de Atenção à Saúde no âmbito do município estudado é frágil, principalmente em decorrência das dificuldades aqui levantadas, e que os entrevistados de modo geral propõem estratégias de enfrentamento condizentes à superação de tais desafios. Há a necessidade de empoderar gestores, trabalhadores e usuários da Rede de Atenção à Saúde no que diz respeito ao seu papel enquanto agentes transformadores da realidade e de se realizar estudos posteriores possibilitando a apresentação de novos olhares sobre a temática.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Operacionalização. Dificuldades. Estratégias.

RIBEIRO, Patrícia Alves de Carvalho. Difficulties and coping strategies to the operation of Health Care Networks. 90 p. 2015. Monograph (Degree in Nursing) - Health Sciences Centre, Federal University of Bahia Recôncavo, Santo Antônio de Jesus, 2015.

ABSTRACT

The operationalization of the Health Care Networks allows users actions and offer services that need with effectiveness, efficiency and guided by the comprehensive care. This study aims: Know the difficulties faced in the operationalization of the Health Care Networks; Summarize the coping strategies for operationalization of the Health Care Networks, suggested by workers and users of municipal Unified Health System. It is a study of descriptive and exploratory with a qualitative approach, developed with the participation of managers, workers and Unified Health System service users within the municipality of Santo Antônio de Jesus, resulting in a total of 59 subjects. Data collection was used through semi-structured interviews, guided by previously developed scripts according to the three categories of participants. Data were analyzed employing the Content Analysis. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Bahia Recôncavo and respected the principles of bioethics and the ethical aspects of research involving human subjects present in Resolution number 466/2012 of National Health Council. Data analysis resulted in two analytical categories: Difficulties in the operationalization of Unified Health System; Coping strategies for operationalization of Unified Health System. They were identified in the first category: flaws in the joint, particularly the practice of counter- no, lack of human, material and financial resources of the health system bureaucracy, lack of collaborative culture among network professionals, lack of knowledge of the services that make up the network, as well as functions of each of these, and the imbalance between supply versus demand. It has been suggested as a coping strategy: bring together professionals from different services of the Unified Health System at the municipal level for these to dialogue, to train professionals network, systematization of information on health, adequate supply of human resources to the growing demand for health services , reduce the delay in assistance flows, the determination of service fees for each Health Unit Family based on ascribed population group, reorienting health practices focusing on the realization of preventive actions because of curatives, adoption of improvements with regard to the marking of exams and consultation, empowerment of the population about their rights as users of Unified Health System, and the counter- compliance. Diverting this last strategy it was suggested by one of the respondents not using the system of reference and counter. This study led to the conclusion that the Health Care Network in the city studied is fragile, mainly due to the difficulties raised here, and that generally propose coping strategies conducive to overcoming these challenges. There is a need to empower managers, workers and users of the Health Care Network with regard to their role as agents of change in reality and to perform further studies enabling the introduction of new perspectives on the topic.

Keywords: Health Care Networks. Operationalization. Difficulties. Strategies.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1	A mudança dos sistemas hierárquicos para as redes de atenção à saúde.....	16
Quadro 1	Os diferentes sistemas de apoio que compõem as Redes de Atenção à Saúde.....	20
Quadro 2	Impactos Positivos das Redes de Atenção nos Sistemas de Saúde.....	24
Figura 2	Fluxos e contrafluxos na Rede de Atenção à Saúde do município de Santo Antônio de Jesus.....	29
Quadro 3	Cenários de estudo da rede SUS de Santo Antônio de Jesus de acordo com o nível de complexidade da atenção.....	30
Quadro 4	Sujeitos do estudo distribuídos na rede SUS de Santo Antônio de Jesus....	30
Quadro 5	Distribuição dos gestores e trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tempo de atuação no serviço.....	31
Quadro 6	Distribuição dos gestores e trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tipo de vínculo empregatício.....	32
Quadro 7	Distribuição dos usuários da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tempo de cadastro na USF.....	33
Quadro 8	Distribuição dos usuários da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo aspectos demográficos.....	34

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABS	Atenção Básica à Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS II	Centro de Atenção Psicossocial modalidade II
CCS	Centro de Ciências da Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEREST	Centro de Referência em Saúde do Trabalhador
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
EC	Emenda Constitucional
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GTA	Grupo Técnico de Atenção
HRSAJ	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
JCAHO	Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NHS	National Health Service
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PET-Saúde	Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde

PNIIS	Política Nacional de Informação e Informática em Saúde
RAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RCPD	Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
REDA	Regime Especial de Direito Administrativo
RPDC	Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAMU	Serviço de Atenção Móvel de Urgência
SIA-SUS	Sistema de Informação Ambulatorial do Sistema Único de Saúde
SIAB	Sistema de Informação de Atenção Básica
SIH-SUS	Sistema de Informações Hospitalares do Sistema Único de Saúde
SILOS	Sistemas Locais de Saúde
SIM	Sistema de Informações sobre Mortalidade
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REFERENCIAL TEÓRICO	16
2.1	AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	16
2.1.1	Bases Teóricas.....	16
2.1.2	Contexto mundial e brasileiro.....	22
3	METODOLOGIA	27
3.1	Caracterização do estudo.....	27
3.2	Cenário do estudo.....	28
3.3	Participantes do Estudo.....	30
3.4	Coleta de dados.....	35
3.5	Análise de dados.....	37
3.5	Aspectos éticos.....	38
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	40
4.1	Dificuldades para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.....	40
4.2	Estratégias de enfrentamento para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.....	49
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
	REFERÊNCIAS	64
	APÊNDICES	76
	ANEXOS	77

1 INTRODUÇÃO

A palavra rede é utilizada desde a antiguidade e deriva do latim *retiolus* cujo significado faz referência a fios entrelaçados, que partem de diferentes pontos, formando uma espécie de tecido. Especialmente nas últimas décadas do século XX, o termo vem ganhando novos significados, e com o avanço das tecnologias da informação têm sido empregado nos mais diferentes contextos. Na concepção de Martinho (2003) a expressão é utilizada atualmente para designar ou qualificar sistemas, estruturas ou desenhos organizacionais caracterizados por uma grande quantidade de elementos dispersos espacialmente e que mantêm alguma ligação entre si.

Na contemporaneidade vivenciamos o que Castells (1996) chama de sociedade em rede que “em termos simples, é uma estrutura social baseada em redes operadas por tecnologias de comunicação e informação” (CASTELLS E CARDOSO, 2005, p.20). Ainda segundo os autores, essa configuração da sociedade transcende fronteiras, e é observada em países de todo o planeta, mesmo com as mais diferentes realidades, fazendo com que a sociedade em rede manifeste-se de diferentes formas, cujas variações dependem da cultura, instituições e trajetória histórica específica de cada população.

A difusão global das redes é possibilitada pelo avanço das tecnologias da informação e pela globalização mundial. Tais fatores, conforme Santos (2011), permitem ainda a implementação de redes em todos os tipos de organizações, sendo a área pública um dos setores aptos a desenvolver articulações com base nesse mecanismo, com objetivo de melhorar a eficiência, reduzir custos e expandir o acesso, conseqüentemente, levando ao fortalecimento dos serviços ofertados.

Como um dos componentes da área pública, a saúde é um setor que pode ser organizado em redes e se beneficiar com a utilização desse artifício. Há diferentes modalidades de redes em saúde, que são empregadas e estruturadas visando o alcance de objetivos específicos, sendo essas “uma estratégia indispensável que permite criar múltiplas respostas para o enfrentamento da produção saúde-doença” (BRASIL, 2009a, p. 7), além de proporcionar um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2012a).

A integralidade da assistência tem como base a oferta de um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços de cunho preventivo e curativo, a nível individual e coletivo, constituídos para atender às demandas específicas de cada caso, em todos os níveis de

complexidade do sistema (BRASIL, 1990), sendo indispensável ao seu cumprimento a articulação das ações e dos serviços de saúde.

O princípio da integralidade, segundo Kuschinir e colaboradores (2011), se relaciona de modo intrínseco com a universalidade, equidade, e a organização da atenção à saúde em rede. No entanto, diferente da declaração desses autores e contrapondo ao princípio da integralidade, nos processos de construção do Sistema Único de Saúde (SUS), houve historicamente uma designação do termo rede associado a um conjunto de serviços semelhantes, tais como: rede básica, rede de saúde mental, rede hospitalar, dentre outros (BRASIL, 2009a). Tal segregação reafirmou ao longo dos anos o paradigma da fragmentação da assistência, o qual, segundo a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) (2010), se expressa na experiência das pessoas que utilizam o sistema como falta de acesso aos serviços, perda da continuidade da atenção e falta de coerência entre os serviços prestados e as necessidades de saúde da população.

Transcendendo essa visão homogênea, em que redes definem um grupo de serviços semelhantes, e buscando a superação dessa fragmentação, surgem as Redes de Atenção à Saúde (RAS), trazendo uma perspectiva poliárquica, baseada numa conformação horizontal entre ações e serviços de distintos níveis de complexidade e de igual importância dentro de um determinado território (BRASIL, 2009a; MENDES, 2010).

“Redes de Atenção à Saúde são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p.4). Segundo Mendes (2010), as RAS constituem-se de três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

A população é a razão de ser das RAS, e é colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A estrutura operacional constitui-se pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam esses diferentes nós e possui cinco componentes: o centro de comunicação, que corresponde à atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários representados pelos serviços de média e alta complexidade; os sistemas de apoio, que prestam serviços comuns aos serviços de atenção primária, secundária e terciária; os sistemas logísticos que organizam os fluxos e contrafluxos na rede; e o sistema de governança. Já os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde (MENDES, 2010).

Considerando que “a ideia de uma rede pressupõe responsabilização e articulação entre todos os seus componentes” (KUSCHNIR et al., 2011, p.126), é condição *sine qua non* no cuidar em saúde desenvolvido no âmbito das RAS, que os elementos que a compõe sejam organizados de maneira interativa, permitindo assim a sua operacionalização (BRASIL, 2010a), bem como a superação da fragmentação da atenção, de modo assegurar aos usuários que os conjuntos de ações e serviços dos quais necessitam sejam prestados com efetividade e eficiência e garantindo a integralidade do cuidado.

Partindo da discussão sobre a Rede de Atenção a Saúde e seus elementos constitutivos como resposta para o enfrentamento da produção saúde e doença, surgem as seguintes indagações: Quais são as dificuldades encontradas na operacionalização da RAS? Quais estratégias podem ser utilizadas no enfrentamento dessas dificuldades?

A partir dessas indagações, levanta-se o seguinte pressuposto: Os trabalhadores e usuários do SUS, por vivenciarem o cotidiano dos serviços de saúde, propõem estratégias condizentes ao enfrentamento das dificuldades que se impõem à operacionalização da RAS.

Assim, o presente estudo tem como objetivos: Conhecer as dificuldades encontradas na operacionalização das RAS; Sumarizar as estratégias de enfrentamento para operacionalização das RAS, sugeridas por trabalhadores e usuários do SUS municipal.

Essa pesquisa tem sua justificativa apoiada em três razões: uma de natureza social, outra de cunho científico e por fim uma de caráter pessoal. Em primeiro lugar esse estudo busca a partir dos seus resultados fornecer subsídios para o planejamento e implementação de ações que corroborem no aprimoramento da RAS no município de Santo Antônio de Jesus, beneficiando em especial os usuários do SUS local, e ao mesmo tempo os gestores e profissionais de saúde que participam dessa rede, uma vez que:

Quanto maior a interação entre pessoas/equipes/áreas/serviços, quanto menores as fronteiras do saber e de poder entre eles, maior a probabilidade de desenvolvimento de modos de trabalhar que promovam mais impacto, melhores indicadores de saúde, soluções mais criativas, maior satisfação com o trabalho, tanto por parte do trabalhador como dos usuários e gestores. (BRASIL, 2009a, p.34-35).

Em segundo lugar, visa colaborar na produção de literatura científica sobre as Redes de Atenção à Saúde, visto que, são escassos, até então, os estudos acerca da temática, e não há no momento publicações que discorram sobre a operacionalização das RAS. Por último e não menos importante, almeja sanar as curiosidades e dar resposta a algumas das muitas indagações que surgiram durante a minha vida acadêmica, em especial, durante a participação

no Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde - Estratégia de Saúde da Família e Redes de Atenção à Saúde (PET-Saúde ESF e RAS), no qual constantemente era debatido sobre a necessidade de operacionalização das RAS.

Assim, é de relevância dessa pesquisa possibilitar, com base nos achados, o desenvolvimento de estratégias de modificação da realidade, podendo assim contribuir para a consolidação de uma RAS de qualidade e resolutiva, capaz de impactar diretamente na melhoria da qualidade da atenção à saúde prestada no âmbito do SUS.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

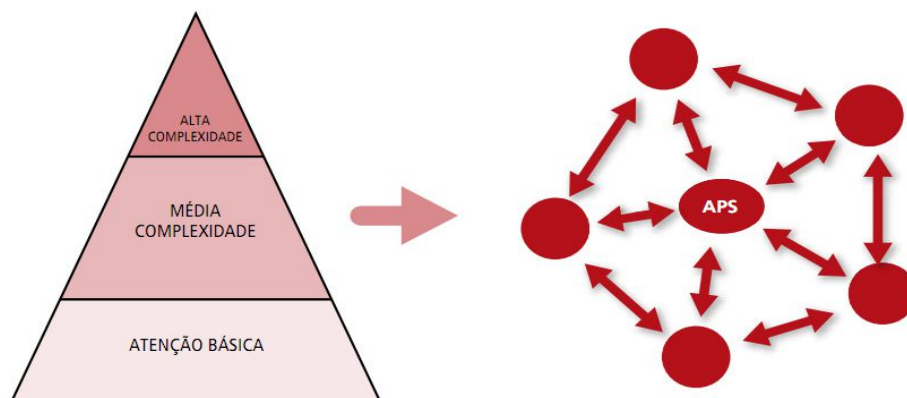
2.1.1 Bases Teóricas

As Redes de Atenção à Saúde constituem-se como uma modalidade de integração de serviços de saúde, que prestam, ou fazem arranjos para prestar, serviços de saúde equitativos e integrais a uma população definida e que está disposta a prestar contas por seus resultados clínicos e econômicos e pelo estado de saúde da população a que serve (OPAS, 2010). Complementarmente, Mendes (2010, p. 2300) as define como:

Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

Ainda segundo esse autor, nas RAS a concepção de hierarquia é substituída pela de poliarquia e o sistema organiza-se sob a forma de uma rede horizontal de atenção à saúde, na qual, os pontos de atenção de distintas densidades tecnológicas, sob a coordenação da Atenção Básica, e seus sistemas de apoio conformam-se sem estabelecimento de ordem e grau de importância entre eles, como mostrado a seguir na figura 1, possibilitando que cada ponto que compõe essa rede conecte-se a vários outros, e permita que diversas conexões e fluxos sejam estabelecidos (OLIVEIRA et al., 2004).

FIGURA 1- A mudança dos sistemas hierárquicos para as redes de atenção à saúde



Fonte: Mendes (2011, p.84).

Além disso, essas organizações caracterizam-se 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 entre vários atores que realizam uma troca de recursos entre si, no suposto que a cooperação é a melhor forma de atingir os resultados sanitários e econômicos desejados (BORZEL, 1997; BRASIL, 2010a).

Os objetivos das RAS incluem melhorar a qualidade da atenção, a qualidade de vida das pessoas usuárias, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde (ROSEN E HAM, 2008), além de promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010a).

Assim, a organização da atenção à saúde em RAS possibilita a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com as suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS), 2008). Para que tal fato possa ser alcançado é necessária a interação dos diferentes elementos constitutivos que compõem as redes de atenção à saúde, sendo eles: população/região de saúde definidas, uma estrutura operacional e um modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2010a).

O primeiro elemento constitutivo e razão de ser da RAS é a população. Essa se configura como a base da atenção à saúde ofertada e é colocada sob sua responsabilidade sanitária e econômica. A população de responsabilidade das RAS vive em territórios sanitários singulares, é organizada em famílias e é cadastrada e registrada em subpopulações de acordo com os riscos socio sanitários (MENDES, 2010).

A organização da população em famílias permite na concepção de Halpern e Boulter (2000) a provisão do cuidado às pessoas de acordo com as suas preferências e especificidades culturais. Por esse motivo, segundo Mendes (2010,p. 2300) a população de responsabilidade da RAS deve ser totalmente conhecida e registrada em sistemas de informação potentes. Ainda segundo esse autor o conhecimento dessa população

Envolve um processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária: o processo de territorialização; o cadastramento das famílias; a classificação das famílias por riscos socio sanitários; a vinculação das famílias à unidade de atenção primária à saúde/equipe do Programa de Saúde da Família; a identificação de

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

Com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde prestados a essa população são instituídas no âmbito das RAS regiões de saúde, que são espaços territoriais complexos, organizados a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados no território (BRASIL, 2006a). No contexto das RAS a região de saúde deve ser bem definida, e “baseada em parâmetros espaciais e temporais que permitam assegurar que as estruturas estejam bem distribuídas territorialmente, garantindo o tempo/resposta necessário ao atendimento, melhor proporção de estrutura/população/território e viabilidade operacional sustentável” (BRASIL, 2010a, p.11).

Os serviços fornecidos e integrados na região de saúde fazem parte do segundo elemento constitutivo das redes de atenção: a estrutura operacional, que em conformidade com Mendes (2011) é formada por cinco componentes que são divididos em nós, que correspondem ao centro de comunicação da RAS, os pontos de atenção secundários e terciários e os sistemas de apoio, e ligações materiais e imateriais que comunicam esses nós, representadas pelos sistemas logísticos. Os nós e as ligações que os comunicam tem as suas relações governadas pelo quinto componente da RAS: o sistema de governança.

Ainda segundo Mendes (2011), o centro de comunicação das RAS desempenha papel intercambiador, organizando os fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde e é figurado pela Atenção Primária à Saúde (APS), conceituada pela Declaração de Alma-Ata (1978) como o “primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde e leva, na medida do possível, a atenção da saúde aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham [...]” (BRASIL, 2002, p.33).

Complementarmente Barbara Starfield (2002), afirma que a APS é o primeiro contato da assistência continuada centrada na pessoa, de forma a satisfazer suas necessidades de saúde, que só refere os casos muito incomuns que exigem atuação mais especializada. Para a autora, a APS coordena, ainda, os cuidados quando as pessoas recebem assistência em outros níveis de atenção.

Transpondo-se a descrição de APS ao cenário brasileiro, Matta e Morosini (2009) afirmam que essa é aqui designada por Atenção Básica à Saúde (ABS), refletindo os

princípios da Reforma Sanitária, levando o Sistema Único de Saúde (SUS) a utilizar essa denominação visando enfatizar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Ainda segundo esses autores, na atualidade, o principal método de configuração da ABS é a Estratégia de Saúde da Família (ESF), devendo essa, portanto, cumprir três papéis da APS considerados por Mendes (2010) como essenciais nas redes de atenção à saúde: a resolução de mais de 85% dos problemas de saúde de sua população; a responsabilização sanitária e econômica de sua população; e a coordenação dos os fluxos e contrafluxos de pessoas, informações e produtos entre os componentes das redes.

Aqueles problemas de saúde que não possuem resolutividade no âmbito da Atenção Básica são referenciados aos serviços de saúde especializados, que correspondem nas RAS ao segundo componente da estrutura operacional elencado por Mendes (2010): os pontos de atenção secundários e terciários.

Esses pontos de atenção à saúde se distribuem, espacialmente, de acordo com o processo de territorialização: os pontos de atenção secundária, nas microrregiões sanitárias, e os pontos de atenção terciária, nas macrorregiões sanitárias. Além disso, articulam-se com os níveis de atenção à saúde: os pontos de atenção secundária compõem o nível de atenção secundária (“média complexidade”) e os pontos de atenção terciária integram o nível de atenção terciária (“alta complexidade”) (MENDES, 2011, p.100).

Os três pontos de atenção que integram as RAS podem ser organizados em arranjos produtivos híbridos que combinam a concentração de certos serviços com a dispersão de outros (OMS, 2000), ocorrendo assim, a dispersão das unidades de APS e concentração dos serviços especializados, sendo que no ponto de vista de Mendes (2010) os pontos de atenção terciários tendem a ser mais concentrados espacialmente em relação aos secundários, pelo fato de serem tecnologicamente mais densos.

Apesar dessa organização espacial segregada entre os serviços, para Mendes (2011) na perspectiva de redes poliárquicas não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, sendo todos igualmente importantes no alcance dos objetivos comuns das RAS.

Esses diferentes pontos de atenção à saúde, recebem serviços prestados pelos sistemas de apoio, que se constituem como o terceiro componente da estrutura operacional das RAS, e abrangem os campos de apoio diagnóstico e terapêutico, de assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2010). Seguem exemplos de sistemas de apoio no quadro a seguir:

Quadro 1- Os diferentes Sistemas de Apoio que compõem as Redes de Atenção à Saúde

Sistemas de apoios diagnóstico e terapêutico	Sistema de assistência farmacêutica	Sistemas de informação em saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico por imagem • Medicina nuclear • Eletrofisiologia • Endoscopias • Hemodinâmica • Patologia clínica 	<ul style="list-style-type: none"> • Medicação (seleção, programação, aquisição, armazenamento e distribuição) • Ações assistenciais • Farmácia clínica • Farmacovigilância 	<ul style="list-style-type: none"> • Mortalidade (SIM) • Nascidos vivos (SINASC) • Agravos de notificação compulsória (SINAN) • Informações ambulatoriais do SUS (SIA SUS) • Informações hospitalares do SUS (SIH SUS) • Atenção básica (SIAB)

Fonte: Rede de Alimentação e Nutrição do Sistema Único de Saúde (2012).

O quarto componente da estrutura operacional corresponde aos sistemas logísticos, que são:

Soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde (MENDES, 2010, p.2302).

Exercendo a gestão de todos os componentes das redes encontram-se os sistemas de governança, que equivalem segundo Mendes (2010) ao quinto componente da estrutura operacional, sendo responsáveis por 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.

Por fim, há um terceiro e não menos importante elemento que constitui as redes: o modelo de atenção à saúde, que se caracterizam como:

Sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, 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, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010, p.2302).

Precedido a Mendes, Paim (2008) aponta que os modelos de atenção, representam tecnologias estruturadas em função de problemas de saúde de uma população, não sendo normas ou exemplos a serem seguidos, mas formas de articulação entre os sujeitos (trabalhadores de saúde e usuários) mediados por tecnologias (materiais e não-materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde.

Ressalta-se com base nas concepções expostas acima, a fundamentalidade da adoção de um modelo de atenção coerente com as necessidades de saúde da população, de modo a permitir, que as ações e serviços prestados no âmbito da RAS sejam capazes de garantir aos usuários do SUS um cuidado compatível com as suas demandas, e, sobretudo pautado na integralidade de atenção.

No entanto, no Brasil, o modelo de atenção adotado na atualidade ainda não responde em sua totalidade às necessidades de saúde da população. Tal fato se deve principalmente à acentuada transição demográfica vivenciada nas últimas três décadas, na qual, conforme indicado por Scramm e colaboradores (2004), identificou-se um aumento do percentual de idosos no Brasil de 6,3% em 1980 para 7,6% em 1996, sendo projetado que esse crescimento chegue a 14% em 2025, ano em que, provavelmente ocorrerá a inclusão do Brasil entre os dez países do mundo com maior contingente de pessoas com 60 anos e mais (OMS, 2003).

Esse crescimento do número de pessoas idosas resultou no crescente incremento das condições crônicas que afetam predominantemente os seguimentos de maior idade (MENDES, 2010). Concomitantemente, houve redução da morbimortalidade por condições agudas (SCHRAMM et al., 2004).

Como resultado das mudanças suprarreferidas, a situação epidemiológica brasileira tem sido definida recentemente como tripla carga de doenças, que se caracteriza pela predominância “uma agenda não superada de doenças infecciosas e carenciais, uma carga importante de causas externas e uma presença hegemônica forte de condições crônicas” (MENDES, 2011, p.18).

Assim, para que se possa atender às demandas de saúde da população local de forma mais efetiva, eficiente e segura, é essencial que se adote mudanças no modelo de atenção vigente na atualidade, uma vez que esse se contrapõe ao que preconiza a regulamentação do do SUS, por ser centrado na doença e em especial no atendimento à demanda espontânea e na agudização das condições crônicas. Há, portanto, a necessidade do fortalecimento das ações sobre condições crônicas, por meio de uma organização que construa a intersetorialidade para

a promoção da saúde, contemple a integralidade dos saberes com o fortalecimento do apoio matricial, considere as vulnerabilidades de grupos ou populações e suas necessidades (BRASIL, 2010).

Além da imprescindibilidade de se compatibilizar o modelo de atenção com as demandas de saúde da população, e de organizar os elementos constitutivos das RAS de modo interativo, faz-se imprescindível compreender a origem da ideia das RAS e a forma como esta tem sido organizada a nível mundial e brasileiro, com vistas a possibilitar a adoção de intervenções efetivas, que proporcionem a sua operacionalização. Por tal motivo, será versado sobre esses aspectos no subcapítulo a seguir.

2.1.2 Contexto mundial e brasileiro

A organização dos serviços de saúde em redes de atenção regionalizadas tem sido utilizada como estratégia por sistemas nacionais de saúde de diversos países. Apesar de no Brasil ser recente a evolução das discussões acerca das Redes de Atenção à Saúde, a proposta das RAS é quase secular e data dos anos 1920, mais especificamente no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório Dawson, mediante solicitação do governo inglês, como resultado do debate de mudanças no sistema de proteção social daquele país após a I Guerra Mundial (OPAS, 1964).

Consta nesse documento a primeira proposta de organização de sistemas regionalizados de saúde, com objetivo de organizar a oferta de serviços de modo que as necessidades da população fossem atendidas eficazmente. Além disso, esses serviços deveriam ser acessíveis a toda a população, o que só poderia ser assegurado mediante “uma organização nova e ampliada, distribuída em função das necessidades da comunidade. Tal organização é indispensável por razões de eficiência e custos, assim como para o benefício do público e da profissão médica” (OPAS, 1964, p.3).

Ainda nesse relatório, utilizando diferentes termos, foram apresentados os conceitos de território, populações adscritas, porta de entrada, vínculo/ acolhimento, referência, atenção primária como coordenadora do cuidado. No entanto, não se conseguiu chegar a uma proposta final e o relatório foi engavetado (WEBSTER, 2002).

Posteriormente, em 1942, o Relatório Dawson foi utilizado como base ao Relatório Beveridge, que propunha assegurar serviços de saúde com qualidade e gratuidade mediante um esforço conjunto do Estado e da sociedade. Em 1948, seguindo a proposta do Beveridge

foi criado o National Health Service (NHS) britânico, cuja repercussão foi de grande magnitude no âmbito internacional e acabou por influenciar programas sociais em diversos países (PEREIRA, 2008).

Além dos marcos históricos citados, há acontecimentos mais atuais que acabaram por influenciar a discussão sobre a reestruturação dos sistemas de saúde segundo a lógica de RAS, destacando-se nesse âmbito a Conferência de Alma-Ata, realizada em 1978 (OPAS e OMS, 2011a), que é conhecida por destacar o papel da APS na melhoria das condições de saúde das populações. Tal conferência enfatizou ainda a importância da articulação dos serviços de saúde em redes regionalizadas e hierarquizadas (MEDICI, 2010). Com base nas discussões realizadas em Alma-Ata, a Organização Pan-Americana de Saúde desenvolveu ao final da década de 1980 a ideia de Sistemas Locais de Saúde (SILOS), os quais se baseiam em soluções que mesclam a regionalização com a capacidade resolutiva por meio de uma rede de serviços de saúde com diferentes níveis de complexidade, responsáveis por atender as necessidades de saúde de uma população específica, em uma região geográfica definida (OPAS, 1991).

Posteriormente, nos Estados Unidos na década de 90, houve uma retomada da discussão sobre redes por Shortell e colaboradores (1993), que propuseram a instituição de sistemas integrados de serviços de saúde como uma estratégia para superar a fragmentação existente nos sistemas de atenção à saúde. No Canadá, a ideia de utilizar a estratégia de redes surgiu após a detecção da fragmentação do sistema de atenção à saúde por Leat e outros (1996), que sugeriram a utilização de sistemas integrados de saúde, que possuíam com características uma população adscrita, APS como porta de entrada, oferta de serviços integrais e com base nas necessidades da população.

Na Europa ocidental, as RAS vêm sendo adotadas em países como Noruega, Suíça, Holanda, Espanha, França, Alemanha, Inglaterra e Irlanda. Já nos países da América Latina, a implementação das RAS ainda é incipiente, sendo o Chile o país com maior experiência na área (MENDES, 2011).

Internacionalmente tem-se estabelecido um consenso gradativo de que a melhor estratégia para garantir atenção à saúde integral às populações é a organização dos sistemas de saúde sob a forma de redes integradas (OMS, 2008), já que impactos positivos tem sido evidenciados com a implementação dessa estratégia (OPAS, 2010). Os principais benefícios identificados encontram-se listados no quadro 2.

Quadro 2- Impactos Positivos das Redes de Atenção nos Sistemas de Saúde

Impactos Positivos das Redes de Atenção nos Sistemas de Saúde
<ul style="list-style-type: none"> - Redução da fragmentação da atenção; - Melhora da eficiência global do sistema e da qualidade da atenção; - Melhor atendimento às necessidades e expectativas dos usuários, bem como maior satisfação em relação aos serviços; - Melhora no autocuidado; - Melhora na relação custo-efetividade dos serviços de saúde; - Aumento de produtividade; - Redução de hospitalizações desnecessárias e do tempo de permanência hospitalar; - Redução da utilização excessiva de serviços e exames; - Balanceamento da oferta de atenção geral e especializada; - Continuidade do cuidado, gerando uma maior efetividade clínica; - A utilização de serviços de diferentes níveis de complexidade pelos indivíduos é facilitada.

Fonte: Elaborado a partir de OPAS e OMS (2011a, 2011b).

No Brasil, a organização do SUS sob os moldes de redes de atenção também tem sido apontada como estratégia para consolidação de seus princípios, sendo o tema tratado, desde o final da década de 90, por diversos pesquisadores e teóricos da área (MENDES, 2011). Quanto à prática, já foram relatadas experiências de RAS em diversos municípios e estados brasileiros sob a coordenação das Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde. Houve também avanços na legislação, materializados, a exemplo, na Portaria 4.279 de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010b).

A partir do referencial dessa portaria e da necessidade do enfrentamento de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometam as pessoas ou as populações, foi discutido no Grupo Técnico de Atenção (GTA) e, pactuada na Comissão Intergestores Tripartite (CIT), a implementação de Redes Temáticas de Atenção à Saúde, sendo essas até então: Rede Cegonha (RC); Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE); Rede de Atenção Psicossocial (RAPS); Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (RCPD) e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (RPDC) (BRASIL, 2014a).

Das redes supramencionadas, a primeira a ser pactuada foi a Rede Cegonha, que se fundamenta na humanização da assistência e consiste em uma rede de cuidados que visa

assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011a).

Em seguida, pactuou-se a Rede de Atenção de Urgência e Emergência cujo objetivo é articular e integrar todos os equipamentos de saúde, com vistas a ampliar e qualificar o acesso humanizado e integral dos usuários em situação de urgência e emergência, de forma ágil e oportuna (BRASIL, 2011b).

Ainda em 2011, a Rede de Atenção Psicossocial também foi pactuada, visando ampliar e qualificar o cuidado às pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito SUS (BRASIL, 2011c).

Em 2012 foi criada a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, visando garantir a atenção integral às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva, ou estável; intermitente ou contínua, no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012b).

Por fim, em 2014, foi implantada a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas, que objetiva realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, além de fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde (BRASIL, 2014b).

Levando em conta as especificidades e negociação de cada rede temática, foram idealizadas fases a serem seguidas no processo de operacionalização das mesmas, sendo essas: Diagnóstico (análise situacional) e Adesão (política e técnica com definição do grupo condutor); Desenho da rede (pactuação dos fluxos, dos pontos de atenção e suas missões); Contratualização dos pontos de atenção; Qualificação dos componentes da rede e Certificação da rede (BRASIL, 2014a).

Evidencia-se pelos conteúdos expostos até aqui que o conceito de RAS não é novo e vem sendo consolidando em diferentes locais do mundo nas últimas décadas. No entanto, no contexto brasileiro e mais especificamente na Bahia, ainda é incipiente a aproximação teórico-prática dessa estratégia no âmbito dos serviços de saúde e no cotidiano dos gestores, trabalhadores e usuários do SUS.

Diante de tal fato e considerando os impactos positivos proporcionados por um sistema de saúde organizado segundo a lógica de redes de atenção, fica clara a necessidade da superação progressiva da fragmentação do cuidado, característica do sistema de saúde

brasileiro, para um sistema pautado na poliarquia. Essa mudança é tarefa uma árdua, e requer de modo iminente que essas redes sejam operacionalizadas, de modo a refletir coerência entre as bases legais, as políticas de saúde vigentes e as necessidades de saúde da população.

Para tal finalidade, a identificação dos principais desafios que se impõem é fundamental para que seja possível produzir ações que proporcionem a superação dos mesmos, permitindo que o princípio constitucional da integralidade seja garantido por meio das RAS.

Assim, é necessário que os gestores, profissionais e usuários dos serviços que compõem a rede atuem como agentes transformadores, na construção e melhoria de um sistema de saúde estruturado de forma robusta e sustentável.

3 METODOLOGIA

3.1 Caracterização do estudo

A metodologia é o estudo sistemático dos caminhos a serem percorridos na realização de uma pesquisa ou estudo científico (FONSECA, 2002).

Para Ander-Egg (1978, p. 28) “a pesquisa é um procedimento reflexivo sistemático, controlado e crítico, que permite descobrir novos fatos ou dados, relações ou leis, em qualquer campo do conhecimento”. Nesse sentido Gil (1999), afirma que a pesquisa tem como objetivo fundamental a descoberta de respostas para determinados problemas através do emprego de procedimentos científicos.

Visando o alcance de tal propósito, este estudo possui cunho descritivo e exploratório, com abordagem qualitativa de pesquisa, tratando-se de um recorte temático de um trabalho maior intitulado “Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde de um município do estado da Bahia” desenvolvido pelo PET-Saúde ESF e RAS da UFRB, desenvolvido entre os anos 2013 e 2014.

Segundo Gil (1986), as Pesquisas Descritivas objetivam a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou, ainda, o estabelecimento de relações entre as variáveis. Complementarmente Munhoz (1989) afirma que esse tipo de pesquisa visa o conhecimento do comportamento sem necessariamente descer às análises sobre causas e efeitos, ou a tentativa de interpretação.

Na concepção de Mattar (1994) a pesquisa exploratória visa proporcionar ao pesquisador um maior conhecimento acerca do tema ou problema de pesquisa, sendo apropriada quando o pesquisador não conhece o fenômeno investigado de modo suficiente. Ou, como afirma Vergara (2009), quando há pouco conhecimento acumulado ou sistematizado sobre a temática.

Assim, esse estudo se caracteriza como descritivo e exploratório à medida que se propõe a descrever aspectos referentes à operacionalização da Rede de Atenção à Saúde do município de Santo Antônio de Jesus, levando em conta o fato de, até o momento, não haver pesquisas anteriores sobre a este tema.

Em relação à abordagem qualitativa, na concepção de Minayo (2001) essa possibilita o trabalho com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o

que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. Corroborando com a autora acima, Chizzotti (2006, p. 79) afirma que essa abordagem pressupõe “uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável entre o mundo do objetivo e a subjetividade do sujeito”.

Richardson (2010) acrescenta que as investigações qualitativas são utilizadas em situações complexas ou particulares e buscam compreender os processos dinâmicos e contribuir com a mudança dos mesmos.

Levando em conta as características suprarreferidas, essa pesquisa possui abordagem qualitativa uma vez que, possibilita a compreensão dos aspectos que influenciam negativamente na operacionalização da RAS, sendo assim proporcionado o conhecimento da complexidade dos problemas vivenciados na gestão dos serviços e na assistência prestada ao usuário, de forma a entender suas particularidades e quais os impactos que esses provocam no cuidado a saúde prestado o âmbito da RAS. Além disso, por meio das estratégias de enfrentamento sumarizadas nesse estudo, é possível contribuir com a modificação da realidade vigente.

3.2 Cenário do estudo

Santo Antônio de Jesus é um município é localizado na região do Recôncavo Sul da Bahia, a 193 km da capital Salvador. Possui, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2010), uma área territorial de 261,348 km², e tem sua população estimada em 90.950 habitantes. Desses 52,78% são do sexo feminino e 87,16% residem em área urbana. A renda per capita média do município é de R\$ 540,38, sendo a proporção de pessoas pobres, ou seja, com renda domiciliar per capita inferior a R\$ 140,00 (com base em valores de 2010), equivalente a 17,91% (PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO, 2013). Atualmente, o comércio e setor de serviços são as principais atividades econômicas desenvolvidas, estando dentre essas instituições prestadoras cerca de 70 estabelecimentos de saúde privados. Além desses, o município dispõe de 47 estabelecimentos de saúde públicos e conveniados ao SUS (IBGE, 2013).

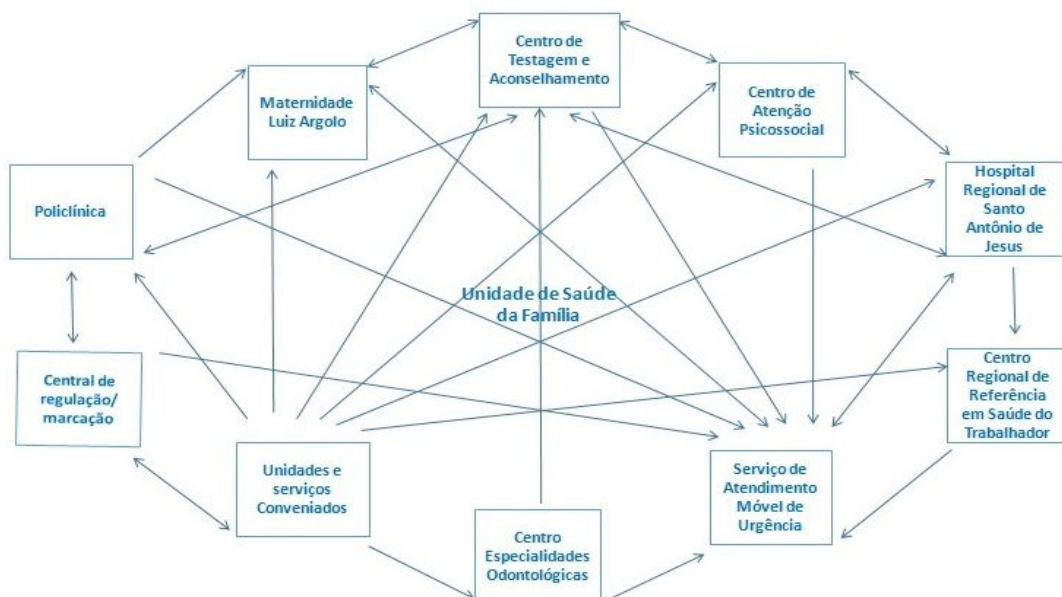
Nesse cenário municipal, está inserida Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), que é uma universidade pública multicampi, criada no ano 2005 por desmembramento da Escola de Agronomia da Universidade Federal da Bahia. Possui sede em Cruz das Almas e unidades instaladas em Amargosa, Cachoeira, Feira de Santana, Santo Amaro e Santo Antônio de Jesus. Esse último aloca o Centro de Ciências da Saúde (CCS).

O CCS oferta os cursos de Bacharelado Interdisciplinar em Saúde, Enfermagem, Medicina, Nutrição e Psicologia. Nesse centro, com objetivo de viabilizar o aperfeiçoamento e a formação dos profissionais de saúde de acordo com as necessidades do SUS, discentes são inseridos, por meio do PET-Saúde ESF e RAS, em Unidades de Saúde da Família e serviços que compõem a RAS de Santo Antônio de Jesus.

Atualmente, aspirando-se a garantia da eficácia dos processos de planejamento e gestão, o SUS local encontra-se organizado em Rede de Atenção à Saúde, na qual as unidades encontram-se agrupadas em quatro distritos sanitários.

O distrito I é constituído por cinco Unidades de Saúde da Família de área urbana e rural. O distrito II está composto por duas Unidades Básicas de Saúde, três Unidades de Saúde da Família, e unidades de média e alta complexidade dispostas de modo centralizado, todas localizadas em área urbana. O distrito III possui sete USF e um CAPS II. No distrito IV há cinco Unidades de Saúde da Família e um CAPS AD. O mapa da RAS municipal é ilustrado na figura abaixo:

Figura 2- Fluxos e contrafluxos na Rede de Atenção à Saúde do município de Santo Antônio de Jesus. Santo Antônio de Jesus- BA, julho de 2014



Fonte: Reis e colaboradores (2014).

Foram selecionados como cenário desse estudo, no mínimo uma unidade que compõem a Rede de Atenção à Saúde municipal por distrito sanitário. A seleção das USF aconteceu por sorteio. A definição das demais unidades que compõem a rede SUS ocorreu por escolha intencional, visando atender aos objetivos estabelecidos e contemplar os diferentes níveis de complexidade da atenção. Os cenários de estudo selecionados inicialmente encontram-se elencados no quadro abaixo:

Quadro 3- Cenários do estudo na rede SUS de Santo Antônio de Jesus de acordo com o nível de complexidade da atenção

APS	Média complexidade	Alta complexidade
USF 1,2,3 e 4;NASF; Gestão da Atenção Básica.	Policlínica Municipal; CAPS AD; CAPS II; CEREST; SAMU.	Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ).

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

Por falta de autorização institucional para aplicação da pesquisa, as entrevistas do HRSAJ não puderam ser realizadas. Assim, no que concerne a esse serviço, ocorreu perda de informações no banco de dados.

3.3 Participantes do Estudo

Participaram desse estudo 6 gestores, 32 trabalhadores da saúde, e 21 usuários dos serviços de saúde que compõem a RAS do município estudado, perfazendo assim, um total de 59 sujeitos, cuja distribuição é detalhada no quadro a seguir:

Quadro 4 - Sujeitos do estudo distribuídos na rede SUS de Santo Antônio de Jesus

Cenários de estudo	Gestores	Trabalhadores	Usuários SUS	TOTAL
Serviço 01	-	03	-	03
Serviço 02	-	04	03	07
Serviço 03	-	04	03	07
Serviço 04	-	02	03	05
Serviço 05	01	03	04	08
Serviço 06	01	04	04	09

Continua

				Conclusão
Serviço 07	-	04	04	08
Serviço 08	01	04	-	05
Serviço 09	02	-	-	02
Serviço 10	01	-	-	01
Serviço 11	-	04	-	04
TOTAL	06	32	21	59

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

A seleção dos mesmos obedeceu a critérios de inclusão gerais, aos quais foram submetidos todos os participantes, e específicos, estabelecidos de acordo com cada categoria entrevistada. Os critérios de inclusão gerais foram: desejar participar da pesquisa, mediante convite, por livre escolha; ser maior de 18 anos e brasileiro. Quanto aos critérios específicos, aplicou-se aos gestores: atuar na gestão municipal do SUS por um período igual ou superior a três meses. Aos trabalhadores: estar atuando no município por um período igual ou superior a três meses, independente do vínculo empregatício, e não ter se afastado do serviço por um período superior a 30 dias.

Dentre os entrevistados, apenas um dos gestores afirmou estar atuando no serviço por um período superior a 24 meses, em contrapartida 18 trabalhadores referiram essa condição, conforme evidenciado no quadro a seguir:

Quadro 5 - Distribuição dos gestores e trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tempo de atuação no serviço

Tempo de atuação no serviço	Gestores	Trabalhadores	Total
3-5 meses	02	01	03
6-12 meses	03	11	14
13-23 meses	-	01	01
2-4 anos	01	06	07
>4 anos	-	12	12

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

O elevado número de profissionais com tempo de atuação no serviço inferior a dois anos atribui-se à fase de transição política passada pelo município em 2013, período em que ocorreu a coleta de dados da pesquisa. Somou-se a essa circunstância, o fato de o último

concurso público municipal ter acontecido em 2009, e especificamente para trabalhadores da saúde com ensino médio completo (técnico de enfermagem, recepcionista) e demais categorias (higienização, oficineiros) para ensino fundamental.

No que se refere ao vínculo empregatício, nota-se um número expressivo de profissionais que atuam na RAS do município estudado por meio de contratos. Foi verificado ainda, que nenhum dos gestores afirmou possuir vínculo empregatício por meio de Regime Especial de Direito Administrativo (REDA) e Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), como pode ser visto minuciosamente no quadro 6. Esses dados evidenciam uma realidade, que converge com aquela descrita por Bernardo, Verde e Pinzón (2013) na qual tem ocorrido uma progressiva e ampla terceirização dos recursos humanos dos serviços de saúde públicos em muitos municípios brasileiros. Essa precarização do vínculo acaba por acarretar em prejuízos não só para os próprios trabalhadores, como também para os usuários do sistema em decorrência do rompimento do vínculo entre profissional e população e na descontinuidade da assistência (BRASIL, 2006b), impactando por tal motivo diretamente na qualidade do cuidado à saúde.

Quadro 6 - Distribuição dos gestores e trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tipo de vínculo empregatício

Vínculo Empregatício	Gestores	Trabalhadores	Total
CLT	-	02	02
Concurso	01	11	12
Contrato	05	15	20
REDA	-	03	03

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

No que diz respeito aos usuários da rede SUS, foi aplicado como critério de inclusão específico, estar cadastrado no serviço por um período superior a seis meses. A obediência a esse critério é observada no quadro 7. Dentre esses participantes, seis referiram estar cadastrados há um intervalo entre dois e quatro anos, seguidamente, cinco entrevistados apontaram um tempo de cadastro superior a 10 anos. Apenas dois usuários referiram ter plano de saúde.

Concebe-se aqui que o tempo de cadastro dos usuários influencia significativamente nas relações estabelecidas entre estes e os serviços de saúde, à medida que, quanto maior for o

tempo de cadastro em ESF da RAS municipal, mais estreitados são os vínculos estabelecidos entre equipes e usuários, há maior propriedade no que se refere ao conhecimento do processo saúde-doença da população, e à forma como se dão os fluxos e contrafluxos da rede, e maior é o sentimento de pertencimento desse sujeito enquanto ator social da RAS.

Quadro 7 - Distribuição dos usuários da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo tempo de cadastro na USF

Tempo de cadastro na USF	
6-12 meses	03
13-23 meses	01
2-4 anos	06
5-10 anos	04
>10 anos	05
Especificou como muito tempo	02

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

Dentre os gestores e trabalhadores participantes desse estudo, a maioria se encontrava na faixa etária dos 18 aos 39 anos, e são do sexo feminino (Quadro 8).

Esses achados convergem com o atual cenário do mercado de trabalho brasileiro, no qual, mesmo com as mudanças significativas ocorridas desde os anos 80, a participação das mulheres ainda está fortemente vinculada a profissões consideradas como “femininas”, dentre as quais se destaca as áreas de educação, saúde e cuidado (VALLEJOS et al., 2000; LOPES e LEAL, 2005).

No que se refere aos usuários, também houve um predomínio de entrevistados do sexo feminino, o que pode estar relacionado ao característico maior uso dos serviços de saúde por parte destas do que por homens (Lambrew, 2001). Nesse grupo foi observado ainda um maior número de sujeitos em idade economicamente ativa (Quadro 8). Essa característica aponta para um maior número de indivíduos que possuem trabalho, independentemente da existência de vínculo empregatício.

Segundo Carpenter (1990), o trabalho se constitui como um fator positivo para a preservação de uma melhor condição de saúde, o que é corroborado por Janlert (1997) ao afirmar que o desemprego tem sido associado a impactos negativos como maior prevalência de sintomas psiquiátricos e adoção de hábitos de vida nocivos, como alcoolismo e tabagismo (JANLERT, 1997). Por outro lado, aqueles indivíduos que possuem idade economicamente

ativa, podem enfrentar maiores dificuldades em acessar determinados serviços de saúde em decorrência da incompatibilidade entre o horário laboral dos usuários e o do funcionamento de determinados setores da RAS.

Assim, destaca-se, que o fato de os usuários se encontrarem preponderantemente em idade economicamente ativa pode influenciar tanto de modo positivo como de forma negativa sob o seu processo saúde-doença.

Ainda no que diz respeito aos aspectos demográficos, buscou-se conhecer a cor da pele autorreferida dos participantes desse estudo, conforme critério utilizado pelo IBGE (1998). Esses dados são exibidos no quadro 8, a seguir:

Quadro 8 - Distribuição dos Gestores e Trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde de Santo Antônio de Jesus, segundo aspectos demográficos.

Continua

Aspectos Demográficos		Gestores	Trabalhadores	Usuários
Sexo	Masculino	05	08	05
	Feminino	01	24	16
Idade	18-39 anos	04	23	05
	40-49 anos	01	04	05
	50-59 anos	01	05	04
	>60 anos	-	-	03
Cor da Pele	Branca	01	03	06
	Preta	01	07	07
	Amarela	-	01	01
	Parda	04	20	04
	Indígena	-	-	-
	Nenhuma das anteriores	-	-	03

Fonte: Elaborado a partir do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

Foi evidenciado que a maioria dos entrevistados referiu a sua cor da pele como parda e preta. Tal fato pode estar pautado no fato de o município estudado, fazer parte do Recôncavo Baiano, e por tal motivo possuir uma população que apresenta características biológicas semelhantes a da grande massa de escravos que se concentrou nesse território durante o

período colonial e do processo brasileiro de miscigenação. Vale destacar, que aqueles indivíduos que não referiram nenhuma das alternativas de cor da pele estabelecidas pelo IBGE (2008), apontaram esta com o uso do termo “morena”. Nenhum dos entrevistados referiu possuir cor da pele indígena.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados é um recurso metodológico que busca, em teorias e pressupostos definidos pelo investigador, recolher respostas a partir da experiência subjetiva de uma fonte, selecionada por deter informações que se deseja conhecer (DEMO, 2001).

Nessa pesquisa foram utilizados dados coletados por meio da realização de entrevistas semiestruturadas, oriundos do banco de dados do PET-Saúde ESF e RAS.

Para Gil (1999) a entrevista se trata de uma técnica por meio da qual o investigador através da formulação de perguntas obtém do investigado os dados que lhe interessam na investigação. É o procedimento mais usual no trabalho de campo, servindo como um meio de coleta de informações sobre um determinado tema científico (MINAYO, 2001) e “gera compreensões ricas das biografias, experiências, opiniões, valores, aspirações, atitudes e sentimentos das pessoas” (MAY, 2004, p.145).

No que se refere às entrevistas semiestruturadas Gil (1999, p. 120) explica que “o entrevistador permite ao entrevistado falar livremente sobre o assunto, mas, quando este se desvia do tema original, esforça-se para a sua retomada”, o que favorece a abordagem qualitativa, que segundo Polit e Hungler (1995), tem caráter mais subjetivo, utilizando procedimentos de coleta de dados com menor controle imposto pelo pesquisador.

Para a realização das entrevistas, foram empregados roteiros norteadores, elaborados previamente de acordo com as três categorias de participantes: trabalhadores, gestores, e usuários da rede SUS (ANEXOS A, B e C). Com o intuito de alcançar os objetivos deste estudo, utilizou-se um recorte de questões específicas que compõem o bloco III dos trabalhadores e o II dos gestores e usuários, todos esses concernentes à operacionalização da rede. No que se refere aos trabalhadores foram selecionadas aquelas questões referentes às dificuldades encontradas para operacionalização da rede, e às estratégias de enfrentamento sugeridas para a operacionalização do trabalho em rede, sendo essas identificadas pelos números seis e sete, respectivamente (ANEXO A). Quanto aos gestores, fez-se o uso da

questão de número quatro, que diz respeito às dificuldades encontradas para operacionalizar a RAS (ANEXO B). Já no roteiro dos usuários, selecionou-se a questão de número dois, referente às mudanças sugeridas nos encaminhamentos realizados na rede (ANEXO C).

A estratégia utilizada está em conformidade com a concepção de Minayo (2010) na qual a modalidade da entrevista semiestruturada obedece a um roteiro que facilita a abordagem e assegura que as hipóteses ou pressupostos dos investigadores serão contemplados na conversa.

Objetivando a avaliação da pertinência, organização e clareza das questões do roteiro de entrevista, foram realizadas, antes da coleta de dados, duas pesquisas-piloto, que tiveram como cenário os serviços do SUS de dois municípios localizados no Recôncavo da Bahia. Após o feedback proporcionado pelas pesquisas-piloto realizadas, foi possível ajustar e corrigir eventuais problemas do roteiro antes da sua aplicação definitiva.

Segundo Iraossi (2006) uma pesquisa-piloto caracteriza-se pelo caráter experimental e é aplicado a uma pequena amostra de participantes. Além disso, através desse método é demonstrado se o planejamento foi correto antes de começar a pesquisa propriamente dita, possibilitando a realização de correções em itens que não foram satisfatórios (CASTRO, 2001).

Depois de efetuar os ajustes com base nas pesquisas-piloto, ocorreu a realização das entrevistas, no período compreendido entre novembro de 2013 e janeiro de 2014. Os participantes do PET-Saúde Estratégia de Saúde da Família e Redes de Atenção à Saúde da UFRB foram responsáveis pela execução das mesmas. Ao entrar em campo, realizaram-se mediante os sujeitos da pesquisa as seguintes considerações práticas sugeridas por Minayo (2006): a apresentação do pesquisador, a menção do interesse da pesquisa, a apresentação de credencial institucional, explicação dos motivos da pesquisa, a justificativa da escolha do entrevistado, a garantia do anonimato e de sigilo, tudo precedido de uma conversa inicial para fazer uma “quebra do gelo”.

Com prévio agendamento, explicação a respeito da pesquisa e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXOS D e E), as entrevistas foram realizadas utilizando gravadores digitais, nos domicílios dos usuários e nos serviços de saúde frequentados por estes, e nos próprios locais de trabalho dos profissionais.

3.5 Análise de dados

A análise de dados tem como objetivo organizar e sumarizar os dados de maneira a possibilitar o fornecimento de respostas ao problema proposto na investigação (GIL, 1999), e segundo Creswell (2007) é um processo constante que faz com que o pesquisador reflita continuamente sobre os dados coletados, dando-lhes um caráter emergente e indutivo.

Levando-se em conta o material a ser analisado e os objetivos traçados, o procedimento de análise de dados utilizado foi a Análise de Conteúdo, que possibilita “compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas” (CHIZZOTTI, 2006, p. 98), além disso, por esse método podemos encontrar respostas para as questões formuladas e também confirmar ou não as hipóteses da pesquisa (GOMES, 1994).

Para Minayo (2001, p. 74), a análise de conteúdo é “compreendida muito mais como um conjunto de técnicas”. Ainda segundo a autora, constitui-se na análise de informações sobre o comportamento humano, possibilitando uma aplicação bastante variada.

Os dados coletados pelas entrevistas foram sistematizados pela transcrição na íntegra das mesmas. Para Manzini (2008, p. 7) a transcrição tem como meta “transpor algo sonoro, que pode ser escutado e reescutado, algo que foi vivenciado, para uma representação gráfica, que passará a ser objeto de análise por parte do pesquisador”.

Para que o conteúdo dos dados coletados possa ser analisado faz-se necessária a descodificação do que está sendo comunicado. Na realização de tal tarefa o pesquisador pode utilizar vários procedimentos, procurando identificar o mais apropriado em cada caso (CHIZZOTTI, 2006). Nesse estudo a descodificação ocorreu por meio da análise de categorias, que na concepção de Minayo (2001), permite agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger de um modo geral qualquer tipo de análise em pesquisa qualitativa.

Optou-se nesse estudo por realizar a análise dos dados segundo as etapas da Análise de Conteúdo sugeridas por Minayo (2010), sendo essas: pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados obtidos e interpretação. Assim, foram realizadas em cada etapa as seguintes atividades:

Na pré-análise o material obtido com a transcrição das entrevistas foi organizado de modo a torná-lo operacional, e em seguida realizou-se a leitura flutuante, que permitiu o

contato direto e intenso com o material de campo, até a impregnação do conteúdo. Em seguida foram demarcadas as questões do roteiro semiestruturado a serem analisadas, delimitando assim o corpus, que envolve a organização do material de forma a responder a critérios de exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Posteriormente ocorreu a formulação e reformulação dos objetivos e hipóteses. Nessa fase pré-analítica, determinou-se a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientaram a análise.

Na exploração do material foram trabalhados os dados brutos, sendo buscado encontrar categorias, por meio de expressões ou palavras significativas, e em função destas, organizou-se os conteúdos das falas em tabelas utilizando o *Microsoft Office Word*. Realizou-se a partir de então a categorização, que para Minayo (2010), consiste num processo de redução do texto às palavras e expressões significativas.

Por fim, desenvolveu-se o tratamento dos resultados obtidos e interpretação, no qual os dados brutos possibilitaram a obtenção de informações, com base nas quais foram propostas inferências e realizadas interpretações, relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente e os objetivos propostos.

3.6 Aspectos éticos

Nesse estudo foram respeitados os princípios da bioética e os aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos presentes na resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata de pesquisas envolvendo seres humanos.

Na oportunidade da coleta os aspectos éticos foram garantidos, sendo aguardada a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB, conforme protocolo nº 334737 em 16/07/2013 (ANEXO F), foram iniciadas as entrevistas, com a prévia assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos pesquisados, constando de duas vias, ficando uma com o participante e outra com o pesquisador. Objetivando a melhor compreensão das informações presentes no TCLE por parte dos usuários da RAS, aplicou-se a estes uma versão do instrumento com uma linguagem simplificada (ANEXO D). No que se refere aos gestores e trabalhadores, utilizou-se um TCLE com termos científicos (ANEXO E). Através de ambos os documentos o entrevistado foi informado dos objetivos e da metodologia

da pesquisa, teve garantido sigilo absoluto das informações e o direito de desistir a qualquer momento do estudo sem qualquer ônus, além aprovar a gravação dos áudios das entrevistas.

Para acesso aos dados obtidos e utilização dos mesmos no presente estudo, foi encaminhada uma carta de solicitação ao pesquisador responsável pela pesquisa desenvolvida pelo PET-Saúde ESF e RAS (APÊNCIDE A), obtendo-se autorização formal do mesmo, a partir da qual a análise dos dados foi iniciada.

A fim de garantir o sigilo das informações, nesse estudo, foram utilizados códigos identificadores dos sujeitos, elaborados a partir da representação numérica do serviço de origem dos entrevistados, associada às iniciais de cada categoria de participantes acompanhada de números em ordem crescente. A exemplo: Serviço três, Gestor um (S3G1) Serviço três, Trabalhador quatro (S3T4); Serviço três, Usuário sete (S3U7).

Os áudios das entrevistas, bem como a segunda via do TCLE dos entrevistados estão sob a responsabilidade dos coordenadores da pesquisa encontram-se arquivados na UFRB por cinco anos, e após esse período serão descartados.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Nesse capítulo serão abordadas as categorias originadas da análise de conteúdo das falas dos participantes desta pesquisa, que agrupadas de acordo com a interligação contextual resultaram em duas categorias de análise que abordam: Dificuldades encontradas por gestores e trabalhadores para a operacionalização da rede de atenção; Estratégias de enfrentamento sugeridas por trabalhadores e usuários dos serviços para a operacionalização da rede.

4.1 Dificuldades para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde

No que tange à primeira categoria, objetivou-se investigar as principais dificuldades encontradas pelos entrevistados para a operacionalização da RAS. Vale destacar, que as informações aqui explanadas foram levantadas com base nas entrevistas de trabalhadores de nível médio e superior, bem como de gestores dos serviços que compõem a RAS do município estudado. Dessa forma, apresenta-se aqui as percepções de profissionais do SUS, que vivenciam no seu cotidiano de trabalho as dificuldades para a operacionalização da rede, sejam essas na assistência ao usuário, ou na gestão dos serviços ofertados.

Os achados dessa categoria revelaram, por diferentes argumentos, que as falhas na articulação se constituem como uma das dificuldades vivenciadas pelos entrevistados para a operacionalização da RAS, conforme exposto abaixo:

Articular mesmo a rede entendeu? Fazer esse diálogo com os outros níveis de atenção ou até mesmo aqueles que estão no mesmo nível, mas em outros setores [...] (S2T4).

Nessa narrativa é reconhecida a necessidade de integrar os serviços que compõem a rede, o que se faz essencial à sua operacionalização, uma vez que, essas articulações possibilitam o desenvolvimento de processos de trabalho em que diferentes profissionais, com seus distintos saberes e contribuições, possam se aproximar e fazer trocas, rompendo com a tradicional atuação por categoria, especialização ou setor. (BRASIL, 2009a).

Para que tal tarefa seja desempenhada, é necessária a circulação da informação, que é responsável por estruturar a rede, alimentá-la, transportar significados e, sobretudo, organizá-la (MARTINHO, 2003), sendo o processo de comunicação vital nesse cenário, visto que por meio dele é permitido que as pessoas se relacionem entre si, compartilhem experiências,

ideias e sentimentos, transformando-se mutuamente, e modificando a realidade que as rodeia (BORDENAVE, 2006).

No cotidiano dos serviços de saúde as falhas na comunicação podem levar ao surgimento de rumores ou distorções, que podem conduzir a situações conflitantes, ressentimentos, trabalhos desorganizados e assistência deficiente aos pacientes (MOREIRA, 1989). Por tais motivos, ressalta-se a necessidade de se adotar um fluxo adequado de informações pelos diferentes profissionais que fazem parte da RAS.

Apesar dos impactos negativos supracitados, a comunicação entre profissionais e instituições, no contexto da RAS municipal é relatada pelos entrevistados com ênfase à sua fragilidade, sendo destacada ainda nesse âmbito, a não prática da contrarreferência aos serviços de origem, como é evidenciado nas falas a seguir:

[...] é a falta de comunicação mesmo, de interação entre as próprias unidades que colocaram na comunidade (S4T12).

Eu diria que a falta de comunicação [...] todas elas não se comunicam entre si [...] (S10G6).

[...] a ficha de referência vai, mas não volta entendeu? Então a gente muitas vezes não tem a gente não tem as comunicações com as outras unidades (S1T1).

[...] um paciente é referenciado para outra unidade e a gente não recebe uma contrarreferência, não sabe direito o que aconteceu com ele, {pausa} não tem nenhuma informação sobre o que foi feito, o andamento da rede (S3T11).

O sistema de referência e contrarreferência configura-se como um dos meios de comunicação nas RAS e permitem a aproximação de informações e saberes de diferentes profissionais e equipes no desenvolvimento de ações e intervenções em saúde, sendo essenciais à articulação dos serviços que compõem a rede (JESUS, 2006).

Os relatos explanados até aqui, nos levam a refletir sobre a produção em saúde no âmbito da RAS do município estudado, à medida que se observa uma realidade discrepante em relação àquela concebida por Merhy (2000), na qual a produção em saúde ocorre sempre pelo trabalho coletivo, ademais, são essenciais nesse contexto os encontros entre trabalhadores e usuários, de modo a estabelecer fluxos permanentes entre sujeitos, formando uma intrincada rede de relações a partir da qual os produtos referentes ao cuidado ganham materialidade e condições de consumo (FRANCO, 2006). Assim, a articulação dos serviços que compõem a RAS é de fundamental importância para a operacionalização da mesma, uma vez que o cuidado em saúde exercido de modo articulado entre os profissionais apresenta maior possibilidade de compartilhar afetividade e cuidados mútuos, adquirir meios saudáveis

de entendimento das dificuldades e limitações, de resolução de conflitos internos e, ao se desenvolverem mais estruturados, permitem atender de modo eficaz a seus pacientes (REIS, 2004).

Tais articulações, numa primeira avaliação das falas dos entrevistados, desenvolvem-se de modo falho na RAS do município em questão, o que pode acabar por acarretar no impedimento do fluxo da informação de modo eficaz, descentralizado e não linear. Essa situação talvez possa sugerir a existência local, de uma cultura disseminada da não prática da contrarreferência, fazendo com que os serviços ou profissionais que compõem a rede sejam de modo excludente apenas receptores ou produtores ativos de informações essenciais à garantia de uma atenção à saúde contínua, integral, qualificada, resolutiva e humanizada ao usuário.

À medida que relatavam suas ideias, alguns dos entrevistados apontaram em seus depoimentos a falta de recursos humanos, materiais e financeiros como obstáculo na operacionalização da RAS, como visto a seguir:

[...] é questão de atraso de material né [...] é faltar alguma coisa e a comunidade chegar e a gente não ter pra oferecer [...] (S2T6).

[...] não ter aquele profissional na rede, de faltar materiais nessa instituição [...] (S6T20).

[...] um exemplo, Núcleos de Apoio à Saúde da Família, NASF, a gente não tem na zona rural, nas unidades [...] assistente social, outro profissionais, psicólogo a gente não tem acesso e é muito difícil, só em caso de extrema urgência né [...] (S9G4).

[...] o baixo número de recursos humanos [...] a carga horária dos profissionais que é pequena [...] e os recursos financeiros também para realizar a atividades. (S9G5).

Para Silva e colaboradores (2012, p.13) “os recursos são meios que as organizações possuem para realizar suas tarefas e atingir seus objetivos. Ou seja, são os bens ou serviços utilizados nas atividades organizacionais”. Ainda segundo os autores os recursos podem ser divididos em humanos, materiais e financeiros. Os primeiros constituem um dos pilares dos sistemas de saúde, e são definidos como todas as pessoas envolvidas em ações visando propiciar melhorias à saúde (OMS, 2006). Os recursos materiais, segundo Neto e Filho (1998) são produtos que podem ser armazenados ou que serão consumidos imediatamente após a sua chegada. Já os recursos financeiros são aqueles na forma de capital (SILVA et al. 2012).

Tais recursos, no âmbito da RAS, são essenciais à prestação do cuidado ao usuário, sendo a oferta de serviços dependente do seu adequado provimento. Porém, é historicamente vivenciado há muitos anos o subfinanciamento do setor saúde.

Em 1988, o artigo 198 da Constituição Federal estabeleceu a descentralização da saúde, de modo que, a prestação de serviços passou a ser compartilhada entre as três esferas de governo, bem como a responsabilidade pelo financiamento dos mesmos. No entanto, tal legislação só definiu em suas disposições a contribuição monetária da União, que foi estabelecida como 30% do orçamento da Seguridade Social, o que acabou por acarretar numa crise do financiamento da saúde, pela falta de uma clara delimitação da responsabilidade financeira dos Estados e municípios.

Em decorrência disso, como proposta a alteração do texto constitucional, que dispunha sobre a contribuição dos entes federativos, foi criada a Emenda Constitucional (EC) nº 29, visando assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. No entanto, quase quinze anos depois, a realidade não se alterou muito e os recursos permanecem insuficientes, levando a empecilhos no atendimento das demandas de saúde da população, e conseqüentemente no cumprimento do princípio da universalidade do acesso, instituído pela lei 8.080 de 1990.

Contudo, não apenas o subfinanciamento é responsável pela falta de recursos no SUS. Com a descentralização político-administrativa, tal problema também pode ser acarretado pelo gerenciamento ineficaz dos recursos por parte das Secretarias Municipais de Saúde (SMS) (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998), visto que os gestores locais são responsáveis por alocá-los, entre os diferentes serviços e níveis de complexidade de modo a garantir a eficiência e a qualidade do cuidado ofertado.

Levando-se em conta as circunstâncias apontadas e o conteúdo dos relatos dos entrevistados não é possível identificar a causalidade da falta de recursos no município. No entanto, é fato, que em decorrência desta impacta-se diretamente e de modo negativo na assistência a saúde prestada, e conseqüentemente na operacionalização da RAS, sendo por tal motivo necessário que se investigue de modo mais aprofundado os aspectos envolvidos nessa problemática.

A questão da falta de recursos materiais é abordada ainda, de modo implícito, por outro entrevistado, ao apontar a burocracia como uma dificuldade para a operacionalização da rede, conforme relato a seguir:

A burocracia que existe no município, no estado e no governo referente a licitações e pra liberação de simples compras de materiais [...] (S6G2).

Convergindo com essa narrativa, outros participantes também indicam a burocracia como um fator que dificulta a operacionalização da RAS, chamando atenção o fato dos mesmos não a considerarem em nenhum momento como um fator que contribui para a eficiência dos serviços ofertados.

[...] tem outras coisas que muitas vezes a burocratização acaba interrompendo [...] (S1T1).

[...] aquela parte da burocracia, aquela coisa assim que emperra um pouquinho [...] (S1T2).

[...] é muita burocracia e pouco funcionamento das coisas [...] (S8T25).

Hoje é o processo de burocratização [...] existe um processo de burocratização muito grande [...] (S8G3).

A burocracia para Max Weber (2004) é a organização eficiente por excelência, na qual os mínimos detalhes são definidos antecipadamente, sendo fonte de objetivos e vantagens para a gestão pública. Segundo Chiavenato (2002, p.6) “A burocracia é uma forma de organização humana que se baseia na racionalidade, isto é, na adequação dos meios aos objetivos (fins) pretendidos, a fim de garantir a máxima eficiência possível no alcance desses objetivos.” No entanto, atualmente, para Queiroz (2013), em decorrência das críticas direcionadas ao desempenho das organizações públicas, o termo burocracia tem sido popularmente utilizado, de modo pejorativo, para rotular uma administração com regras, controles e procedimentos excessivos e desnecessários ao funcionamento de um sistema.

Ao estudar as consequências previstas (ou desejadas) da burocracia que a conduzem à máxima eficiência, Merton notou a presença de consequências imprevistas (ou indesejadas) e que a levam à ineficiência e às imperfeições. A essas consequências imprevistas, Merton deu o nome de disfunções da burocracia, para designar as anomalias de funcionamento responsáveis pelo sentido pejorativo que o termo burocracia adquiriu junto aos leigos no assunto (CHIAVENATO, 2002, p.21).

Neste sentido questiona-se: Há excesso de burocratização na rede local ou existe por parte desses entrevistados uma concepção distorcida sobre o que vem a ser a burocracia?

Frente ao elevado tempo decorrido no processo de previsão e provisão de recursos materiais ou humanos por meio de procedimentos administrativos formais, destaca-se a necessidade de se iniciar o processo de planejamento dos serviços de saúde com período de antecedência suficiente, à chegada dos bens adquiridos, de modo a não obstaculizar a prestação do cuidado e a operacionalização da RAS.

Seguidamente, foi compartilhada, na percepção dos entrevistados, como dificuldade, a falta de uma cultura colaborativa entre os profissionais que atuam em diferentes pontos de atenção da rede, conforme observado nos depoimentos abaixo:

[...] tem o posto de saúde que às vezes é colado com a casa do paciente, porém, os profissionais de lá não tem essa integração, não quer fazê, se recusa a fazê [...] (S6T18).

[...] às vezes não ter a {engasgo} do outro profissional que tá lá como é que vou dizer, a contrapartida do outro profissional, a ajuda mesmo, é aquele profissional mais solícito pra poder ajudar a trabalhar em rede. (S1T1)

Para D'Amour e outros (2005), a colaboração é um conceito plural, que de modo geral implica na ideia de compartilhamento e do desenvolvimento de ações coletivas, orientadas por objetivos comuns, e que pressupõe o espírito de confiança e harmonia. No âmbito das redes, o princípio da colaboração é fundamental, uma vez que sem o mesmo a dinâmica da conectividade torna-se vazia e sem sentido (MARTINHO, 2003). Corroborando com essa ideia, Santos e Andrade (2011) afirmam que numa rede todos colaboram e atuam ao mesmo tempo e para o mesmo fim.

As falas acima despertam a incerteza acerca da existência de uma genuína colaboração entre os membros dos serviços da RAS, com objetivo de satisfazer as necessidades de atenção à saúde da população-alvo. É ainda inquietadora a fala de um dos entrevistados, ao afirmar que:

[...] essa relação do [hospital de referência do município] ela é bem complicada [...] a gente tem uma dificuldade em tá dialogando com esses profissionais por conta disso [...] (S5T15).

Tal depoimento coloca em xeque a adoção de uma atitude colaborativa por parte da instituição acima referida. As opiniões apresentadas apontam para a necessidade de aperfeiçoar na RAS a lógica da colaboração profissional, de modo a serem compartilhados objetivos, conhecimentos, habilidades e experiências, objetivando a garantia de um cuidado integral ao usuário que transita entre os diferentes serviços e níveis de complexidade da atenção.

Figurou também como dificuldade, sob a ótica dos gestores e trabalhadores, a falta de conhecimento dos serviços que compõem a rede, bem como as funções de cada um desses.

A questão do conhecimento dos serviços [...] (S5G1).

[...] a falta de informação, que alguns profissionais tem, do que é pertinente a cada serviço [...] (S5T15).

[...] de encaminhamento pra onde a gente vai encaminhar se acontecer isso, se acontecer aquilo [...] (S1T1).

[...] ter esses fluxos bem definidos porque o paciente sai, vai na central de marcação, ele marca ai às vezes a gente não tem uma capacitação, por exemplo, quem tá na atenção básica não tem uma capacitação pra saber pra onde vai mandar esse paciente [...] (S8T25).

As falas expressam a falta de conhecimento, por parte de alguns dos profissionais, acerca dos serviços que são ofertados na rede, suas funções, bem como os fluxos e contrafluxos estabelecidos entre esses.

Segundo Mendes (2011), nas Redes de Atenção à Saúde de países cujo modelo de atenção ideal é voltado ao atendimento de condições crônicas, como é o caso brasileiro, o desenho dos fluxos dos usuários por todos os pontos de atenção à saúde, o conhecimento dos serviços disponíveis, bem como o delineamento do que é feito por qual profissional da rede é estabelecido por meio das diretrizes clínicas, que dão suporte às decisões do itinerário terapêutico.

As diretrizes clínicas são um conjunto de informações utilizadas pelos profissionais de saúde para a prestação de um atendimento à saúde de qualidade, se configurando como o caminho estabelecido para que o melhor cuidado seja disponibilizado ao usuário em cada circunstância clínica específica (BERNARDO, 2009).

Com base em tais afirmações aponta-se a possibilidade de que nem todos os profissionais que atuam na RAS possuam conhecimento sobre as diretrizes clínicas adotadas no município em questão, o que pode estar associado a não disponibilidade, no período em que se realizou o estudo, de um documento que apresentasse os fluxos e contrafluxos dos usuários na RAS. Sem o domínio dessas informações, são maiores os desafios encontrados na garantia da integralidade da atenção à saúde.

Temos ainda a oportunidade de observar nos relatos referências ao desequilíbrio da relação oferta *versus* demanda, como fator dificultante à operacionalização da rede.

[...] Às vezes os serviços estão superlotados [...] (S6T20).

[...] a grande população pra ser atendida por um pequeno número de profissionais [...] (S9G5).

A concepção de oferta em saúde relaciona-se ao fornecimento de rede física e uso adequado de equipamentos, profissionais e tecnologias para atender às demandas da população (PAIM, 2006). Já a demanda, no âmbito do SUS, se entende como a procura por determinados tipos de serviços e/ou profissionais para resolução dos problemas de saúde.

(IUNES, 2002). Ainda segundo esse autor, a discrepância entre os serviços ofertados e as demandas de saúde pela população, repercute em iniquidades no acesso e em falta de eficiência do sistema de saúde, o é expresso nas falas dos entrevistados principalmente pela dificuldade no acesso aos serviços de atenção secundária e terciária.

[...] A gente encaminha os pacientes e chega lá os pacientes não são atendidos, voltam para a unidade reclamando que não conseguiu o atendimento para qual a gente encaminhou ou então se conseguiu, remarcou isso para três ou quatro meses, onde uma coisa que ela necessita de forma imediata. [...] (S3T8)

[...] fica andando de PA [Pronto Atendimento] de PA, de centro de saúde em centro de saúde pra poder a pessoa receber o paciente, ah aqui não temos tá fechado tá cheio, tá isso e aquilo outro, e o paciente piorando [...] (S8T26).

Segundo o Dicionário Houaiss da Língua português ao acesso consiste no "ato de ingressar, entrada, ingresso; possibilidade de chegar a, aproximação, chegada; possibilidade de alcançar algo". No campo da saúde, o acesso universal é um direito garantido pelo artigo 7º da lei 8.080/90 e segundo Camargo e colaboradores (2008) é definido pelas dimensões que determinam a entrada de um dado grupo de pessoas em um sistema de prestação de cuidados à saúde. Nas RAS essa entrada deve se dar preferencialmente pelos serviços de Atenção Básica (BRASIL, 2012a), e independente da porta de entrada, as dimensões do acesso englobam além dos serviços de APS, os de média e alta complexidade.

A média complexidade é composta por ações e serviços, que demandam a disponibilidade de profissionais especialistas e a utilização de recursos tecnológicos, para o apoio diagnóstico e tratamento, visando atender aos principais problemas e agravos de saúde da população (BRASIL, 2009b). Esse mesmo material de apoio conceitua a alta complexidade como um conjunto de procedimentos que requerem alta tecnologia e acarretam em alto custo, visando propiciar o acesso da população a serviços qualificados.

Explicita-se ainda, como consequência do desequilíbrio na relação oferta *versus* demanda, a demora no fluxo dos usuários na RAS, conforme evidenciado no relato abaixo:

Ah, eu tenho dificuldade para o agendamento de alguns usuários aqui, né, de voltar o retorno para mim. [...]. Eu preciso do resultado pra adotar uma conduta específica. [...] Talvez essa demora mesmo, né, em outros serviços/exames ou outra especialidade (S7T21).

O acesso aos serviços de saúde deve ocorrer no momento adequado (ROGERS; FLOWERS; PENCHEON, 1999), que equivale ao tempo oportuno, conceituado pela Joint

Comission on Accreditation of Healthcare Organizations (JCAHO) (1993) como um período durante o qual a intervenção ou prestação do cuidado se faz mais benéfica e necessária.

A realidade exposta pelos entrevistados mostra contradições ao princípio da integralidade, considerando que, em decorrência da dificuldade do acesso aos serviços de média e alta complexidade, nem todos os pacientes tem as suas demandas atendidas.

Diferente dos demais, um dos participantes, optou por não responder a esse questionamento, argumentando que

Dificuldades se a gente for numerar são várias, então vamo deixar pra lá isso aí. [...] é que tem algumas coisas que a gente não tem acesso, não tem como a gente chegar, então não adianta a gente falar que não vai mudar muita coisa (S8T27).

Esse depoimento nos leva a identificar, com clareza, uma concepção antagônica àquela compartilhada por Machado (2009) segundo a qual o trabalhador possui papel fundamental para o alcance da efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde, atuando nesse contexto como agente transformador de seu ambiente, não sendo um mero recurso humano responsável por desenvolver tarefas previamente estabelecidas.

Chama atenção o fato dos conteúdos representacionais destacados nessa categoria constatarem três dificuldades que possuem elevado impacto sobre a operacionalização da RAS: falhas na articulação, falta de uma cultura colaborativa e desconhecimento sobre os serviços que compõem a rede, podendo essas ser dirimidas exclusivamente por meio de ações que não demandem altos custos, sendo os resultados ideais serem alcançados pela modificação de condutas produzidas na rotina do trabalho. Por outro lado, são colocados em pauta entraves, cuja resolução depende diretamente da disponibilidade de recursos, mas que, são altamente influenciados pela eficiência e eficácia administrativas.

Em ambas as situações, fazem-se imperativa a superação das dificuldades apontadas, com vistas a assegurar aos cidadãos o alcance aos seus direitos enquanto usuários do SUS. Ressalta-se que, mesmo com complexidade das condições que circundam os vínculos do trabalho em saúde, a atuação dos profissionais que fazem parte da RAS como agentes transformadores é essencial na superação das dificuldades aqui expostas. Nessa perspectiva, a proposição de estratégias de enfrentamento por parte daqueles que vivenciam tais problemas no cotidiano dos serviços é fundamental, uma vez que pela apropriação da realidade torna-se possível conhecer possíveis modos de reduzir sensivelmente as dificuldades apontadas. Tais estratégias são apresentadas na categoria a seguir.

4.2 Estratégias de enfrentamento para a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde

Após conhecer as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos profissionais que atuam na rede, buscou-se sumarizar quais as estratégias de enfrentamento sugeridas por trabalhadores e usuários para a consolidação de uma RAS operacionalizada.

As estratégias de enfrentamento para Folkman e Lazarus (1985) são esforços cognitivos e comportamentais empregados em situações de desafio, utilizadas, dentre outras funções, para minimizar e tentar controlar as situações-necessidade internas e/ou externas. Transpondo-se essa concepção ao contexto desse estudo, a proposição de estratégias de enfrentamento visa proporcionar a adoção medidas ou atitudes condizentes com as dificuldades aqui constatadas, na tentativa de superá-las ou dirimi-las.

A análise dessa categoria revelou que os entrevistados propõem, de modo predominante, como estratégia para a operacionalização da RAS, uma aproximação entre os diferentes profissionais e serviços do SUS, no âmbito municipal, com vistas a estabelecer um diálogo entre os mesmos, como pode ser observado nas falas a seguir:

Olha, eu acho que tinha que ter mais espaços para discussão sabe? Espaços que mobilizassem os profissionais de todos os setores dessa rede para promover discussões e esclarecimentos né a respeito de como é que a gente pode tá melhorando essa relação né [...] (S5T15).

[...] uma das estratégias que eu acho que seria mais eficaz seria investir no diálogo entre as instituições. Pensar mesmo, assim, em tá articulando essa rede, iniciando com a aproximação entre essas unidades [...] Então eu acho que essas instituições, elas precisam conversar e ver as possibilidades (S6T20).

[...] É se pensar no funcionamento disso de forma conjunta, porque a gente pensa muito aqui “como a gente pode desenvolver, como a gente pode encaminhar o paciente”...] (S3T8).

Diante dessas afirmações ressalta-se a necessidade de se promover espaços coletivos de discussão entre os profissionais da RAS objetivando a sua operacionalização. Além disso, é também fundamental que se invista no diálogo entre as diferentes instituições de saúde, para que se estabeleçam coletivamente estratégias de enfrentamento, conforme apontado por T15, T20 e T8. Nessa direção é pertinente destacar que é denotado nos relatos dos entrevistados a incipiência da discussão coletiva de problemas vivenciados no cotidiano dos serviços, assim como do delineamento conjunto de ações a serem adotadas para dirimi-los, o que pode sugerir

a existência reduzida de oportunidades efetivas para consolidar o trabalho coletivo na rede e integrar os profissionais que atuam nos diferentes serviços desta.

Nesse cenário, objetivando a troca de saberes e informações entre os diversos profissionais da RAS, o diálogo desempenha um papel fundamental, visto que por meio dele, conforme indicado por Barra e colaboradores (2010), é possibilitado que as pessoas possam se aproximar e estabelecer uma relação de integração, na qual são compartilhadas experiências e vivências.

No entanto, para que seja alcançado o estreitamento das relações interprofissionais e a transposição de possíveis barreiras entre esses, é necessário que os mecanismos de diálogo sejam empregados em espaços coletivos favoráveis às trocas de informações e experiências. No contexto da RAS do município estudado, alguns dos entrevistados sugerem que esses espaços se figurem sob a forma de eventos, que possibilitem a aproximação entre profissionais, de modo a difundir o conhecimento sobre os serviços ofertados, como evidenciam os relatos abaixo:

Uma interrelação melhor entre todos os elementos que compõem a rede, sei lá, se através de um seminário ou alguma coisa, para que a rede se conheça. Saber quem é quem, quem faz o que, entendeu? Ou a própria rede saber de toda a rede [...] A rede devia se conhecer melhor, pessoalmente mesmo, seminário ou de cursos envolvendo todos os componentes da rede, não é? Para que as pessoas se conheçam e saibam que existe, qual o trabalho que cada um faz, quais as dificuldades que cada um tem (S3T11).

Acho que a gente poderia fazer encontros né? Cada serviço fazer encontros, onde todos os outros pudessem é tá conhecendo o serviço né? Onde a gente pudesse tá levando informações de como é que funciona o serviço [...] mostrando o que cada serviço oferece, e todo mundo se abrindo um pouco para conhecer o serviço [...] (S6T19).

Para Baraúna e Azevedo (2010) os eventos constituem-se como um excelente meio de comunicação aproximativa, ao proporcionar um melhor contato entre o público, além de reunir pessoas com diversas finalidades, permitindo a troca de informações, dentre outras formas de uniões interpessoais. Na concepção de Fusari (1988) os eventos podem assumir diferentes formatos, como cursos, encontros, seminários, dentre outros, e representam oportunidades de desenvolver a qualificação dos trabalhadores, tarefa essa, que também é apontada como uma estratégia de enfrentamento para a operacionalização da RAS, conforme visto nas narrativas a seguir:

Eu acho que um projeto deveria ser feito pra qualificar a mão de obra aqui em Santo Antônio de Jesus [...] acho que deveria ter um profissional designado, um coordenador geral, enfermeiro geral, psicólogo geral, pra tá reunindo sua equipe de psicólogos, enfermeiros, pra tá fazendo isso, pra tá

qualificando mais ainda a mão de obra. É pouco visto isso. [...] Então você tem na ponta da pirâmide alguém que convoca as reuniões aquilo ali fica mais organizado (S5T16).

Acho que reuniões, né. Capacitação de todos os profissionais (S7T22).

[...] Fazer uma capacitação, se capacitar mais e mais, a questão dos profissionais, o tempo todo. A capacitação deve ser contínua. Eu acho que isso ajuda, isso fortalece, isso ensina a gente e a gente se alerta pra a questão da rede, da importância. E é isso, sempre buscar se profissionalizar. Educação permanente (S11T29).

O aperfeiçoamento profissional sob a ótica de Chiavenato (2006, p. 496), consiste na “educação que visa ampliar, desenvolver e aperfeiçoar o homem para seu crescimento profissional em determinada carreira na empresa ou para que se torne mais eficiente e produtivo no seu cargo”. A capacitação é um dos métodos empregados no aperfeiçoamento profissional, no qual explicita-se o “para quê”, o “como”, o “para quem” e o “quando” a capacitação ocorrerá (FUSARI, 1988). Assim, uma possível capacitação dos profissionais para a atuação em Redes de Atenção à Saúde, proporcionaria a preparação desses, para enfrentar situações problema vivenciadas no cotidiano dos serviços, levando à busca de alternativas e melhorias que possibilitem um cuidado à saúde efetivo e integral.

Nesse contexto, a educação permanente é uma estratégia político-pedagógica altamente aplicável, na qual parte-se do pressuposto da aprendizagem significativa, pela interlocução dos conhecimentos com os problemas vivenciados no cotidiano de trabalho, sendo levadas em consideração as experiências que as pessoas possuem. É nesse âmbito incentivada a problematização (BRASIL, 2004). “Problematizar significa refletir sobre determinadas situações, questionando fatos, fenômenos, ideias, compreendendo os processos e propondo soluções” (BRASIL, 2005, p.8).

Assim, a educação permanente em saúde se caracteriza como um instrumento dinamizador da transformação institucional que facilita a compreensão, a valoração e a apropriação do modelo de atenção propostos pelos novos programas, prioriza a busca de alternativas contextualizadas e integradas para a atenção à saúde da população (BRASIL, 2005), sendo por tais motivos, capaz de fortalecer o Sistema Único de Saúde.

Com base nas informações apresentadas acima e nos conteúdos expressos nas falas dos entrevistados reconhece-se a imprescindibilidade de reunir os profissionais que atuam nos diferentes serviços da RAS, possibilitando a troca de saberes e informações como forma de reduzir as falhas de articulação colocadas como dificuldades para a operacionalização da rede.

Com base nas falas de T16 e T29, e denotado que no âmbito da RAS do município estudado, as reuniões, capacitações e encontros realizados ainda não são suficientes para o aperfeiçoamento profissional e que as metodologias ativas de capacitação precisam ser aprimoradas nesse contexto.

À medida que relatavam suas ideias, foi apontada por um dos entrevistados, uma estratégia de enfrentamento, com potencial a proporcionar um fluxo de informações eficaz e descentralizado na RAS: a sistematização da informação, como pode ser visto na narrativa a seguir:

[...] A partir do momento que é eu tenho a informação que por mais que eu encaminhe por mais que eu tenha a ficha de referência e contrarreferência, mas a partir do momento que eu abro ali, que eu utilizo o cartão SUS que eu coloco eu tenho o histórico daquele paciente desde que ele entrou na Atenção Básica até a média então eu acho que a sistematização do serviço eu acho que facilitaria mais entendeu? (S1T1)

Essa sugestão conflui com a Política Nacional de Informação e Informática em Saúde (PNIIS) (2013), a qual busca a sistematização das informações com vistas a utilizá-las com finalidades de gestão, vigilância e atenção à saúde, beneficiando assim gestores, profissionais e usuários, bem como prestadores de serviços de saúde, instituições de ensino e pesquisa e a sociedade civil organizada, além de permitir que sejam elaboradas e efetivadas políticas públicas condizentes com os princípios da Constituição Federal de 1988 e dos aparatos legais em saúde.

A sistematização das informações em saúde apresenta múltiplas vantagens, dentre as quais se destacada a maior segurança no armazenamento das informações, evitando a deterioração, perda e adulteração de histórias clínicas, sendo essa última reunida no sistema de modo a evitar a duplicidades de procedimentos, terapêuticas e exames, alcançando-se por tais motivos uma evidente redução de custos (SÁNCHEZ et al., 1999; GOST, 2000; MORRIS et al., 2002).

No entanto, apesar desses benefícios proporcionados, a fala de T1 induz a inferência de que essa estratégia, até o momento da realização dessa pesquisa, ainda se desenvolvia modo incipiente no município estudado. Tal fato pode estar relacionado aos diferentes obstáculos que podem ser encontrados a nível dos municípios, no que se refere a sistematização das informações em saúde, a exemplo: ausência de computador em todas as unidades da rede, indisponibilidade de recursos humanos para operacionalizar o sistema de informação em cada serviço de saúde que compõe a RAS e ausência de rede de internet que conecte os diferentes serviços de saúde.

Embora seja denotado que não se dispõe de uma sistematização efetiva de informações municipais em saúde, outros artifícios podem ser utilizados para a concretização da articulação entre os profissionais e serviços que compõem a RAS, a exemplo do sistema de referência e contrarreferência. Nesse sentido, reconhecendo o importante papel desse sistema, foi lançada como estratégia de enfrentamento cumprimento da contrarreferência, tal como é observado nos relatos abaixo:

[...] ter o fluxo obrigatório, a ficha de referência vai e quando ele sai de lá ele volta com a ficha de contrarreferência, entendeu? (S8T25)

Por em prática essa operacionalização, é você ter esse intercâmbio, mandou um paciente para a referência a pessoa que recebeu ele te contrarreferenciar esse paciente [...] (S2T4).

Em contrapartida, divergindo desses depoimentos, na concepção de um dos entrevistados o término da referência e contrarreferência se configura como uma estratégia para operacionalizar a RAS.

Eu acho que deveria acabar com esse negocio de de contrarreferenciar e referenciar, eu acho que deveria ter os hospitais específicos para tal coisa, tipo, um hospital de referência para paciente que sofre de infarto agudo do miocárdio ou doenças cardiovasculares, um hospital de referência para doenças cerebrais, AVC, um hospital de referência só pra trauma [...] criar hospitais mesmo específicos pra atender cada tipo de doenças [...] (S8T26).

Ao que parece, o entrevistado T26, traz imbricado em sua fala uma concepção hegemônica de centralização da assistência à saúde e fragmentação do sujeito. Revela-se ainda, a desvalorização do princípio da integralidade da atenção e uma concepção fragmentada da assistência à saúde.

Vale a pena ressaltar, que esse tipo de medida, além de fragmentar a assistência e desconsiderar a integralidade da atenção, acarretaria em altos custos ao sistema de saúde, em decorrência da elevada demanda de profissionais necessários à garantia do cuidado nesses diferentes estabelecimentos, o que viria a agravar o desequilíbrio da relação oferta *versus* demanda, identificada nesse estudo como uma das dificuldades vivenciadas pelos trabalhadores do município para a operacionalização da RAS.

Reconhecendo essa dificuldade, e na tentativa de dirimi-la, foi proposta como estratégia por parte de alguns dos entrevistados a adequação da oferta dos recursos humanos à crescente demanda dos serviços de saúde. Destaca-se, que essa foi a única sugestão em que houve convergência entre as ideias de trabalhadores e usuários. Como pode ser visto nos depoimentos abaixo:

Botar mais pessoas para atender, entendeu? [...] A unidade precisa botar mais gente para atender, entendeu? Porque a gente necessita e às vezes aquela pessoa, aquele profissional que tá no [nome do serviço] não tem capacidade de atender aquele tanto de pessoas (S7U20).

[...] Ter mais médicos, tá na carência de médicos em várias redes de saúde. Ter mais profissionais (S5T14).

[...] eu acho que deveria ter talvez uma quantidade maior de profissionais para aquela área [...] (S8T25).

Para Bloor e Maynard (2003) os recursos humanos são os insumos mais importantes dentre aqueles necessários à prestação do cuidado em saúde. No entanto, segundo Silva (2001), mesmo com a sua fundamentalidade, no cenário brasileiro, o campo dos recursos humanos ainda convive com dificuldades, dentre as quais o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) (2004), inclui a disponibilidade de profissionais.

Nesse cenário, o planejamento de recursos humanos, possibilita assegurar que existam profissionais suficientes, com as especialidades adequadas, no lugar certo, na hora certa, prestando o serviço certo e eficaz para a população do qual necessita (MABLE; MARRIOT, 2001; HALL, 2007). Corroborando com esta ideia, López-Valcárcel, Pérez e Vega (2011) consideram que, apesar de árduo e complexo, esse processo é uma tarefa imprescindível para a prestação de um serviço de saúde de qualidade.

Assim, os recursos humanos efetivamente planejados, favorecem uma aproximação na adequação da oferta às demandas em saúde da população. Porém, outros fatores podem contribuir, favoravelmente ou de modo negativo no equilíbrio da relação oferta *versus* demanda. Dentre esses, Franco (2003) aponta a função de resolutividade da APS, ao afirmar que uma maior resolução de problemas na assistência a nível das Unidades Básicas de Saúde é capaz de reduzir a demanda da média complexidade, reservando os recursos aos procedimentos realmente necessários. Todavia, ainda segundo esse autor, parte dos encaminhamentos realizados pela Atenção Básica a especialistas, não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis nas Unidades Básicas de Saúde. Tal motivo leva a um aumento, muitas vezes desnecessário, na procura por serviços especializados.

Numa avaliação inicial dos relatos dos entrevistados, a oferta de recursos humanos na RAS é incapaz de suprir as demandas da população. Esse fato, talvez possa sugerir a privação dos usuários no acesso determinados serviços, assim como a sobrecarga de trabalho provavelmente vivenciada pelos profissionais. Nesse contexto a oferta insuficiente de recursos humanos poderia ser a principal responsável pelo estrangulamento no acesso aos serviços de saúde.

Essa oferta inadequada de recursos humanos, segundo o *Australian Institute of Health and Welfare* (1996) acarreta no maior tempo de esperados usuários no acesso aos serviços de saúde, o que acaba por resultar em demora nos fluxos assistenciais. A redução dessa demora é sugerida, por parte dos usuários, como estratégia para operacionalizar a RAS.

Sugiro que seja mais apressado um pouco. Mais apressado um pouco, porque essa é uma das dificuldades [pausa] que às vezes a gente tá sentindo um problema e a espera é muita. Demora demais (S2U2).

Ser mais rápido [...] (S7U20).

[...] que fosse mais rápido assim. [pausa] Que não demorasse tanto (S7U18).

Revela-se nessas narrativas a barreira imposta pela demora dos fluxos na RAS no acesso às ações e serviços de saúde, sendo exposto um descontentamento nesse aspecto por parte dos usuários.

Esse descontentamento é vivenciado também a nível nacional, sendo esse o aspecto que mais está presente nas declarações daqueles usuários que se apontam como insatisfeitos em relação ao atendimento do SUS (CONASS, 2003). As filas de espera, resultantes dessa demora, na concepção de Cullis, Jones e Propper (2000) ocorrem em decorrência da disparidade entre a demanda e a oferta, e são comuns em sistemas nacionais de saúde onde o tratamento à população é disponibilizado gratuitamente.

O elevado tempo de intervalo entre o momento que o usuário apresenta a necessidade de um determinado serviço e o que ele consegue acessá-lo, na concepção de Marinho (2006) é capaz de exercer impactos significativos no estado de saúde dos indivíduos, no que diz respeito ao bem-estar, as probabilidades de cura, a natureza e extensão de sequelas.

Levando em conta as informações expostas acima, evidencia-se que o problema aludido nessas falas acaba por comprometer e prejudicar o cumprimento do princípio da universalidade, bem como da integralidade, uma vez que, é dificultado o acesso aos profissionais e serviços necessários, no tempo adequado, para que sejam atingidos os objetivos terapêuticos específicos de cada caso clínico. Dessa constatação, surgem as seguintes indagações: A demora dos fluxos na RAS é resultante apenas da oferta insuficiente de profissionais ou poderia ter como ponto nevrálgico as falhas de planejamento? Esse elevado tempo de espera para que se alcance o atendimento, pode estar relacionado à forma como se organiza a assistência a saúde no âmbito da RAS?

Ainda no que diz respeito ao desequilíbrio na relação oferta *versus* demanda é colocada como estratégia, por um dos trabalhadores, a determinação de cotas de atendimento

para cada USF com base no contingente populacional adscrito, conforme evidenciado a seguir:

[...] que se tenham cotas, cada [categoria do profissional] de cada unidade dependendo da quantidade da população que aquela unidade cobre vai ter X quantidade de pacientes que você pode encaminhar [...] (S1T3).

Esse desequilíbrio entre a oferta e a demanda talvez possa resultar, a nível municipal, da adoção de um modelo de atenção incapaz de responder efetivamente aos problemas de saúde vivenciados na atualidade em decorrência do novo perfil de morbimortalidade da população brasileira, resultante do processo de transição demográfica vivenciado nos últimos anos (MENDES, 2011). Por tal motivo, tem-se tornado inexorável a superação do predomínio dos procedimentos médico-hospitalares sobre a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Nesse sentido, é sugerido por um dos entrevistados:

[...] trabalhar mais na prevenção, em questão de palestras, de criação de grupos, é, de melhorias na qualidade de vida da população em questões de saúde [...] assim, trabalhar mais na parte de prevenção do que na parte de de, na parte curativa... (S2T7)

A promoção da saúde é conceituada na Carta de Ottawa (1986) como o “processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde” (BRASIL, 2001, p.19). Já a prevenção de doenças, se trata das intervenções destinadas a evitar o adoecimento, de modo a reduzir a incidência e prevalência desses nas populações (CZERESNIA, 2003).

Assim, considerando que no âmbito das RAS, as ações supracitadas desempenham papel crucial, a fala desse trabalhador nos leva a acreditar que há por parte desse o reconhecimento da importância das ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, bem como da necessidade de adotá-las no cotidiano dos serviços da RAS, de modo responder com efetividade, eficiência e segurança às condições de saúde vivenciadas predominantemente na atualidade. Assim, infere-se que essa estratégia teria potencial para operacionalizar a RAS à medida que proporcionaria a adoção práticas condizentes com um modelo de atenção voltado principalmente às condições crônicas, o que conseqüentemente, impactaria a longo prazo na redução da demanda de serviços de média e alta complexidade e redução de custos.

No entanto, no município estudado, observa-se ainda o predomínio de ações curativas sobre as preventivas e de promoção da saúde, o que acaba por repercutir em uma elevada demanda de serviços de atenção secundária. Tal fato acarreta numa dificuldade em marcar exames e consultas especializadas. Nessa seara, a opinião dos usuários converge para a

necessidade de adotar melhorias no que diz respeito à marcação de exames e consultas, como estratégia para a operacionalização da RAS:

Eu sugiro assim, uma um uma milhora sobre a a o o atendimento de lá da [setor responsável pela marcação de exames e consultas](S4U8).

É especificado por outro usuário que essa melhoria poderia se dar pela padronização do horário de chegada para marcação de exames, como pode ser visto abaixo:

Eu acho que, que, eu acho que devia ser assim, a partir de hoje todo mundo vai ter que chegar 6 horas ou chega 6 horas ou quem chegar 7 horas fica os que chegar 3 horas vai ficar + o que chegar 6 horas vai marcar + sabe por que, porque o povo mesmo é quem bota no costume, porque se não for de madrugada não acha e quem chega 6 horas que mora distante, que chega 6 horas, 8 horas do dia leva dois três meses, quatro mês sem marcar [...] não acha mais ficha, não acha mais ficha (S7U21).

Não houve sugestão de outras estratégias por parte dos usuários além daquelas abordadas até aqui. No entanto, vale ressaltar, que embora poucos usuários tenham pormenorizado as estratégias de enfrentamento que propõem, a maioria deles se mostrou insatisfeito com os encaminhamentos realizados na RAS, sendo sugerido de modo conciso, por meio de respostas como: sim, com certeza e sugiro, a necessidade de adotar mudanças nesse aspecto. O fato de grande parte desses indivíduos, apesar de insatisfeitos, não sugerir detalhadamente mudanças nesses encaminhamentos, pode estar relacionado ao reduzido ou inexistente conhecimento acerca dos seus direitos enquanto usuários do SUS e sobre o trabalho desenvolvido no âmbito das Redes de Atenção à Saúde.

Essa percepção, de que os usuários pouco conhecem sobre os seus direitos parece ser também compartilhada por parte de um dos trabalhadores, sendo sugerido nessa seara, o empoderamento da população nesse aspecto, como uma estratégia para operacionalizar a RAS, conforme evidenciado a seguir:

É buscar e reivindicar os direitos de cada um, quando o povo se conscientizar que tem direito a determinado, a determinada medicação, a determinado atendimento, e isso vai mudar o perfil e e vai melhorar ainda mais o sistema, quando alguém buscar acordar e ver que tem direito [...] (S8T27).

Para Dallari (2005) o conhecimento dos usuários acerca dos seus direitos é fundamental para que esses desenvolvam uma consciência democrática, responsável e reflexiva, capaz de reduzir as barreiras do acesso enfrentadas no cotidiano dos serviços. Além disso, esse conhecimento, para Ramos e Lima (2003), proporciona a formação do papel protagonista do cidadão, à medida que possibilita reflexões sobre as mudanças necessárias

para aperfeiçoar e qualificar os serviços. Por conseguinte, amplia-se a capacidade de participação da comunidade na gestão da saúde.

Essa participação, permeada pelo exercício do controle social, é uma diretriz do SUS, estabelecida pelo artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e garantida pela lei 8.142 de 1990, que possibilita à população, por meio de seus representantes, avaliar a situação de saúde e propor as diretrizes para a formulação da política de saúde, através das Conferências de Saúde, assim como atuar na formulação de estratégias e no controle da execução da política de saúde por meio dos Conselhos de Saúde.

No entanto, segundo Ulhoa (2012), a participação da comunidade não acontece apenas nessas instâncias colegiadas, ela também ocorre no cotidiano dos serviços, à medida que se discute com a população os problemas de saúde que a afligem e as possíveis estratégias a serem utilizadas para solucioná-los.

Assim, considera-se que a sugestão desse trabalhador dá sentido para a ideia de que esse além de reconhecer a importância da participação social ampla como um importante instrumento para a operacionalização da RAS, também a considera como um atributo essencial ao fortalecimento do papel dos usuários enquanto protagonistas da construção do SUS.

De modo divergente dos demais entrevistados, por diferentes justificativas, alguns dos trabalhadores se abstiveram de sugerir estratégias de enfretamento, conforme evidenciado a seguir:

Na verdade eu sou um peixe tão pequeno [risos] que não vai contar muito a minha, alguma coisa que eu fale, que eu pense, então isso depende muito da gestão, RH [Recursos Humanos], secretaria [...] as vezes a gente dá em reunião [...] a gente sempre sugere alguma coisa de mudança, ou de melhora, mas assim, é passo lento, passo a passo (S2T6)

Infelizmente, mostra-se novamente, por parte de outro profissional, uma concepção de si mesmo como um agente incapaz de transformar a realidade da RAS. Esse depoimento talvez possa sugerir que os risos que ocorreram durante essa narrativa podem representar uma banalização e o conformismo em relação a não representatividade desse profissional enquanto proponente de mudanças para a operacionalização da RAS.

Vale destacar com base nessa fala desse entrevistado, a fundamentalidade de os profissionais da RAS se conceberem também como usuários do SUS, e de atuarem ativamente na participação popular, levando em consideração a importância desta para a obtenção de conquistas representativas e capazes de impactar na qualidade da assistência à saúde à qual os

cidadãos tem acesso garantido constitucionalmente. Nesse contexto, é necessário ressaltar a importância da mobilização social para que se obtenham os avanços necessários a plena garantia da oferta de um cuidado à saúde efetivo. Exemplifica-se nesse âmbito, impactos positivos decorrentes da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, com ampla participação dos diferentes seguimentos da sociedade, na qual foi legitimada a inserção da sociedade civil nos processos de formação das políticas de saúde e construído o pilar fundamental da proposta da reforma sanitária e do SUS (CONASS, 2009).

Frente a essa realidade, emerge a necessidade de empoderar os trabalhadores da RAS, de modo a construir ou fortalecer, a concepção de que esses possuem potencial para dirimir e solucionar as dificuldades vivenciadas no cotidiano dos serviços, que podem acabar por comprometer a operacionalização da RAS. Além disso, faz-se fundamental prepará-los para lidar com os desafios vivenciados no âmbito de trabalho de modo a concretizar os seus papéis de agentes transformadores da realidade.

Chama atenção ainda, a não sugestão de estratégias de enfrentamento em outro depoimento, sendo justificado que:

Aí tá falando de Atenção Básica né? Eu nunca trabalhei [risos]. Aqui é [serviço em que o trabalhador atua], não tenho muita afinidade com PSF não. (S7T24)

Essa narrativa denota uma visão distorcida do trabalhador, na qual a RAS se reduz à atenção básica e que por estar atuando profissionalmente fora desse nível de complexidade não faz parte da rede.

É afirmado ainda, em outro relato:

[...] Nem sei te dizer isso aí, te responder essa pergunta aí (S3T10).

O fato de esse trabalhador não saber responder a esse questionamento pode estar ligado à falta de conhecimento necessário sobre RAS ou esse possivelmente não possui, no momento da entrevista, nenhuma opção de estratégia a sugerir?

Dessa forma, é necessário assegurar que os profissionais que atuam na RAS compreendam como operacionalizá-la, levando em conta o seu contexto histórico-político, de modo a possibilitar a participação ativa destes na proposição e aplicação de estratégias de enfrentamento capazes de modificar a realidade vivenciada. Vale ressaltar, que na ausência das informações adequadas, pode-se não reconhecer a importância de determinadas condutas a serem adotadas pelos profissionais, em decorrência de não possuir-se compreensão sobre o papel dessas na superação das dificuldades enfrentadas para a operacionalização da Rede de

Atenção à Saúde, o que pode acabar acarretando na alienação, falta de politização e a apatia no processo de construção de um SUS melhor. Portanto, nesse sentido, é necessário avançar!

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidar em saúde desenvolvido no âmbito das Redes de Atenção envolve múltiplas dimensões, nas quais interatuam intervenções promocionais, preventivas, curativas, reabilitadoras e paliativas. Embora na última década se tenha alcançado relevantes avanços nesse cenário, ainda há muitos aspectos a serem aperfeiçoados, de modo a garantir o acesso da população a serviços de saúde de qualidade, coerentes com as suas necessidades e pautados na integralidade da atenção.

Para que tal aperfeiçoamento possa ser concretizado é importante que se conheça quais são as dificuldades que se impõem na operacionalização da RAS, assim como o estabelecimento de estratégias de enfrentamento que possibilitem a adoção de intervenções efetivas e transformadoras da realidade vivenciada. Nesse processo, é mister conhecer a opinião dos atores envolvidos no cuidar em saúde, sejam esses gestores, trabalhadores ou usuários.

Foi nessa perspectiva que se idealizou esse estudo, e em cumprimento aos seus objetivos foi revelada a fragilidade da RAS no âmbito do município estudado, principalmente em decorrência das seguintes dificuldades à sua operacionalização: falhas na articulação, em especial a não prática da contrarreferência, falta de recursos humanos, materiais e financeiros, burocratização do sistema de saúde, falta de cultura colaborativa entre os profissionais da rede, falta de conhecimento dos serviços que compõem a rede, bem como das funções de cada um desses, e desequilíbrio da relação oferta *versus* demanda.

Nessa direção, foram sugeridas como estratégia de enfrentamento para operacionalizar a RAS: aproximar os profissionais dos diferentes serviços do SUS a nível municipal para que esses dialoguem, capacitar os profissionais da rede, sistematização das informações em saúde, adequar a oferta dos recursos humanos à crescente demanda dos serviços de saúde, diminuir a demora nos fluxos assistenciais, a determinação de cotas de atendimento para cada USF com base no contingente populacional adscrito, reorientar as práticas em saúde enfocando na realização de ações preventivas em virtude das curativistas, adoção de melhorias no que diz respeito à marcação de exames e consultas, empoderamento da população quanto aos seus direitos enquanto usuários do SUS, e cumprimento da contrarreferência. Divergindo dessa última estratégia, foi sugerido por um dos entrevistados a não utilização do sistema de referência e contrarreferência.

Diante dessa sugestão contraproducente à operacionalização da RAS, ressalta-se a necessidade de identificar se essa percepção é compartilhada por outros trabalhadores da rede, para que se possa assegurar que a integralidade do cuidado e a visão multiprofissional do cuidado não sofram déficits em decorrência de condutas de profissionais com esse tipo de concepção.

Apesar de confirmar o pressuposto levantado na formulação desse estudo, identificou-se que nem todas as dificuldades apontadas pelos entrevistados foram contempladas na sugestão de estratégias de enfrentamento para a operacionalização da RAS. O conteúdo aqui relatado evidenciou ainda a necessidade de empoderar trabalhadores e usuários da RAS no que diz respeito ao seu papel enquanto agentes transformadores da realidade. É necessário assegurar que esses possuam conhecimento suficiente sobre a temática, uma vez que as suas participações nos processos decisórios impactam diretamente na operacionalização da RAS.

Na realização desse estudo, as limitações encontradas dizem respeito especialmente ao restrito número de usuários que detalharam em suas falas as estratégias de enfrentamento sugeridas, e a não exposição das concepções dos trabalhadores, por motivos não esclarecidos, sobre a temática aqui trabalhada. Além dessas, enfrentou-se ainda a não autorização institucional do Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus para inclusão deste como cenário de estudo, e a incipiência de trabalhos publicados sobre a operacionalização das Redes de Atenção à Saúde.

No que diz respeito a essa última dificuldade, ressalta-se a necessidade de incentivar a realização de novas pesquisas sobre essa temática, na perspectiva de possibilitar a apresentação de outros olhares para a compreensão da realidade, bem como para a superação de novos obstáculos que venham a se apresentar nesse contexto. Faz-se essencial para essa finalidade investigar em especial alguns aspectos como: O cumprimento da contrarreferência no município estudado; Os instrumentos utilizados para concretização da articulação entre os profissionais e serviços que compõem a RAS; O conhecimento da população acerca dos seus direitos enquanto usuários do SUS; O modo como são estabelecidos pelos profissionais os fluxos e contrafluxos na RAS, de modo a garantir a integralidade da atenção.

Por tudo que foi exposto até aqui, fica apontada a importância de se estender este estudo para além do âmbito acadêmico, devendo os resultados encontrados e as considerações realizadas serem discutidas entre os profissionais da RAS no âmbito municipal, bem como

entre os membros do Conselho Municipal de Saúde, com vistas a aperfeiçoar a assistência à saúde prestada no âmbito da RAS por meio de sua operacionalização.

REFERÊNCIAS

ACESSO. In: Houaiss, Antônio. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

ANDER-EGG, Ezequiel. **Introducción a las técnicas de investigación social**: para trabajadores sociales. 7. ed. Buenos Aires: Humanitas, 1978.

AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. **A report for the Australian Medical Workforce Advisory Committee**. North Sydney: AMWAC, 1996.

BARAÚNA, Caren Cordeiro; AZEVEDO, Luiza Elayne Correa. Importância da Promoção de Eventos nas Empresas. In: Congresso De Comunicação Da Região Norte, 9., 2010, Rio Branco. **Anais do IX Congresso De Comunicação Da Região Norte**. Rio Branco: Intercom, 2010. Disponível em: <<http://www.intercom.org.br/papers/regionais/norte2010/resumos/R22-0025-1.pdf>>. Acesso em: 15 Nov. 2014.

BARRA, Daniela Couto Carvalho et al. Hospitalidade como expressão do cuidado em enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 63, n. 2, p. 203-208, mar./abr.2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672010000200006>. Acesso em: 10 Jan. 2015

BERNARDO, Wanderley. Diretrizes clínicas baseadas em evidência. In: Organização Pan-Americana da Saúde; Agência Nacional de Saúde Suplementar (Org.). **A implementação de diretrizes clínicas na atenção à Saúde**: experiências internacionais e o caso da saúde suplementar no Brasil. Brasília, DF: OPAS; Rio de Janeiro: ANS, 2009. cap. 2, p. 41-61. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implementacao_diretrizes_experiencias_internacionais.pdf>. Acesso em: 10 Jul. 2014.

BERNARDO, Marcia Hespanhol; VERDE, Fábio Frazatto; PINZÓN, Johanna Garrido. Vivências de trabalhadores com diferentes vínculos empregatícios em um laboratório público. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, [S.l.], v. 16, n. 1, p. 119-133, 2013. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/cpst/article/viewFile/77748/81742>>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

BLOOR, Karen; MAYNARD, Alan. Planning human resources in health care: towards an economic approach - An international comparative review. **Canadian Health Services Research Foundation**, Ottawa, p. 01-34 Mar. 2003. Disponível em: <http://www.cfhi-fcass.ca/Migrated/PDF/ResearchReports/CommissionedResearch/bloor_report.pdf>. Acesso em: 12 Jul. 2014.

BORDENAVE, Juan Enrique Díaz. **O que é comunicação**. São Paulo: Brasiliense, 2006.

BORZEL, Tanja A. What's So Special About Policy Networks? An Exploration of the Concept and Its Usefulness in Studying European Governance. **European Integration Online Papers**, Viena, v.1, n. 16, Oct. 1997. Disponível em: <<http://eiop.or.at/eiop/texte/1997-016a.htm>>. Acesso em: 20 nov. 2014.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 05 Out. 1988. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 Set. 1990. p. 18055. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Lei nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 28 Dez. 1990. Seção 1, p. 25694. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8142.htm>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Emenda Constitucional nº. 29, de 13 de setembro de 2000. Altera os artigos 34, 35, 156, 160, 167 e 198 da Constituição Federal e acrescenta artigo ao Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para assegurar os recursos mínimos para o financiamento das ações e serviços públicos de saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 14 Set. 2000. Seção 1, p. 1. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc29.htm>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. (Série B. Textos Básicos em Saúde). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **Política de educação e desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde - pólos de educação permanente em saúde**. Brasília, D.F: Ministério da Saúde, 2004. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica2_vpdf.pdf>. Acesso em: 15 Dez. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Educação permanente entra na roda: pólos de educação permanente em saúde - conceitos e caminhos a percorrer**. 2.ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/educacao_permanente_entra_na_roda.pdf>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 399/GM, de 22 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. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 25 Out. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS**: DesprecarizaSUS - perguntas & respostas - Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3264.pdf>>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Redes de produção de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009a. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_producao_saude.pdf>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **SUS de A a Z** : garantindo saúde nos municípios. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009b. (Série F. Comunicação e Educação em Saúde). Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>. Acesso em: 20 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Grupo técnico da comissão intergestores tripartite. **Diretrizes para organização das redes de atenção à saúde do SUS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. Disponível em:

<<http://200.18.45.28/sites/residencia/images/Disciplinas/Diretrizes%20para%20organizacao%20oredes%20de%20ateno%20SUS21210.pdf>>. Acesso em: 22 Jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 31 Dez. 2010b. Seção 1, p. 88. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 25 Out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 27 Jun. 2011a. Seção 1, p. 109. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 1600, de 07 de julho de 2011. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 Jul. 2011b. Seção 1, p. 69. Disponível em:

<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 3088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do

Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 Dez. 2011c. Seção 1, p. 230. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em 10 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012. Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 Dez. 2012b. Seção 1, p. 94. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Comitê de Informação e Informática em Saúde (CIINFO). **Política Nacional de Informação e Informática em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/PoliticaInformacaoSaude29_03_2004.pdf>. Acesso em: 15 Fev. 2015.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/marco/20/RevistaSAS-2014-completa.pdf>>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 483, de 01 de abril de 2014. Redefine a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e estabelece diretrizes para a organização das suas linhas de cuidado. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 02 Abr. 2014b. Seção 1, p. 50. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0483_01_04_2014.html>. Acesso em: 15 Fev. 2015.

CAMARGO JÚNIOR, Kenneth Rochel de et al. Avaliação da atenção básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, p. S58-S68. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008001300011>. Acesso em: 22 Jul. 2014.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede**. São Paulo: Paz e Terra, 1996. v. 1.

CASTELLS, Manuel. A Sociedade em Rede: do Conhecimento à Política. In: CASTELLS, Manuel; CARDOSO, Gustavo (Org.). **A Sociedade em Rede: Do Conhecimento à Acção Política**. Belém: Imprensa Nacional-Casa da Moeda, 2005. Cap.1, p. 17-30. Disponível em: <http://www.egov.ufsc.br/portal/sites/default/files/anexos/a_sociedade_em_rede_-_do_conhecimento_a_acao_politica.pdf>. Acesso em: 12 Set. 2014.

- CASTRO, Aldemar Araújo. **Planejamento da Pesquisa**. São Paulo: AAC, 2001.
- CHIAVENATO, Idalberto. **Teoria Geral da Administração**. 6. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2002.
- _____. **Gestão de Pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- _____. **Treinamento e desenvolvimento de recursos**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- CHIZZOTTI, Antônio. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONASS. **A saúde na opinião dos brasileiros**. Brasília, DF: CONASS, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/opiniaio_brasileiros1.pdf>. Acesso em: 12 Mar. 2015
- _____. **Estruturação da área de recursos humanos nas Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal**. Brasília, DF: CONASS, 2004. (CONASS Documenta, v.1). Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/documenta1.pdf>>. Acesso: 10 Jan. 2015.
- _____. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009. (CONASS Documenta, v. 18). Disponível em: <http://www.conass.org.br/conassdocumenta/cd_18.pdf>. Acesso em: 30 Abr. 2015.
- COUTTOLENC, Bernard François; ZUCCHI, Paola. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. (Série Saúde & Cidadania, v. 10). Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_cidadania_volume10.pdf>. Acesso: 10 Jan. 2015.
- CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- CULLIS, John G; JONES, Philip R; PROPPER, Carol. Waiting lists and medical care treatment: analysis and policies. In: CULYER, Anthony J; NEWHOUSE, Joseph P (Ed.). **Handbook of health economics**. 1. ed. Amsterdam: Elsevier, 2000. p. 1201-1249.
- CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de (Org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003, p.39-53.
- DALLARI, Sueli Gandolfi. A participação popular e o direito à saúde no Sistema Nacional de Saúde brasileiro. **Revista de Direito Sanitário**. São Paulo, v. 6, n. 1-3, p. 9-24, 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/80811>>. Acesso: 10 Jan. 2015.

D'AMOUR, Danielle et al. Conceptual basis for interprofessional collaboration: Core concepts and theoretical frameworks. **Journal of Interprofessional Care**, London, v.19, n. 1, p.116-131, may. 2005.

DEMO, Pedro. **Pesquisa e informação qualitativa**. 2. ed. Campinas: Papyrus, 2001.

FOLKMAN, Susan; LAZARUS, Richard S. If it changes it must be a process: A study of emotion and coping during three stages of a college examination. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.l.], v. 48, n.1, p. 150-170, Jan. 1985.

FONSECA, João José Saraiva da. **Metodologia da pesquisa científica**. Fortaleza: UEC, 2002.

FRANCO, Túlio Batista; MAGALHÃES JÚNIOR, Helvécio Miranda. A integralidade na assistência à saúde. In: MERHY, Emerson Elias et al. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 125-133.

FRANCO, Túlio Batista. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). **Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, Out. 2006. p. 458-473.

FUSARI, José Cerchi. **A educação do educador em serviço: o treinamento de professores em questão**. 1988. Dissertação (Mestrado em Filosofia da Educação) - PUC-SP, São Paulo, 1988.

GIL, Antônio Carlos. **Técnicas de pesquisa em economia**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1986.

_____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

GARDE, Javier Gost. Gestión sanitaria y tecnologías de la información. In: Reunión de la Sociedad Española de Informática de la Salud, 6., 2000, Pamplona. **Anais de la VI Reunión de la Sociedad Española de Informática de la Salud**. Pamplona: [s.n.], 2000. Disponível em: <<http://www.conganat.org/SEIS/informes/2001/PDF/2Gost.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

HALL, Thomas L. Why plan human resources for health? **Human Resources for Health Development Journal**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 77-86, 2007. Disponível em: <http://www.who.int/hrh/en/HRDJ_2_2_01.pdf>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

HALPERN, Ralph; BOULTER, Philip. Population-Based Health Care: definitions and applications. **Tufts Managed Care Institute**. Boston, p. 01-05, Nov. 2000. Disponível em: <<http://www.aacp.org/resources/education/cape/Documents/Resources%20for%20the%20Glossary/2000%20Pop%20Based%20Care%20Definition%20Tufts%20Mgt.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

IBGE. **Censo Demográfico 2010**. Informações estatísticas. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/L6B>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

IBGE. **Cidades – Infográficos**: Santo Antônio de Jesus, 2013a. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/2F6G>>. Acesso em: 18 jun. 2014.

_____. **Síntese de indicadores sociais**: uma análise das condições de vida da população brasileira – 2013. Rio de Janeiro: IBGE, 2013b. Disponível em: <ftp://ftp.ibge.gov.br/Indicadores_Sociais/Sintese_de_Indicadores_Sociais_2013/SIS_2013.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2014.

IRAOSI, Giuseppe. **The Power of Survey Design**: A User's Guide for Managing Surveys, Interpreting Results, and Influencing Respondents. Washington: The World Bank, 2006. Disponível em: <<https://openknowledge.worldbank.org/bitstream/handle/10986/6975/350340The0Power1n0REV01OFFICIAL0USE1.pdf>>. Acesso em: 14 Out. 2014.

IUNES, Roberto F. Demanda e demanda em saúde. In: Piola, Sergio Francisco; Viana, Solon Magalhães (Org.). **Economia da Saúde: conceitos e contribuição para a gestão da saúde**. 3. ed. Brasília, DF: IPEA; 2002. cap. 4. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=5329>. Acesso em: 12 Set. 2014.

JANLERT, Urban, 1997. Unemployment as a disease and disease of the unemployed. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, [S.l.], v. 23, p. 79-83, Sep. 1997.

JCAHO. **The Measurement mandate** – on the Road Performance Improvement in Health Care. Chicago: Department of Publications, 1993.

JESUS, Danielle Sandra da Silva de. **A Comunicação no Trabalho em Equipe**: Perspectivas de Profissionais Inseridos no Programa Saúde da Família. 2006. 93f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.ufmg.br/dspace/handle/1843/GCPA-6VYPWA>>. Acesso em: 14 Out. 2014.

KUSCHNIR, Rosana et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, Roberta Gondim de; GRABOIS, Victor; MENDES JÚNIOR, Walter Vieira (Org.). **Qualificação dos Gestores do SUS**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ/ENSP/EAD, 2011. P. 121-157. Disponível em: <http://www5.ensp.fiocruz.br/biblioteca/dados/txt_484701327.pdf>. Acesso em: 12 Jul. 2014.

LAMBREW, Jeanne M. Diagnosing Disparities in Health Insurance for Women: A Prescription for Change. **The Commonwealth Fund**, Washington, n. 493, p. 1-41, Aug. 2001. Disponível em: <<http://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2001/aug/diagnosing-disparities-in-health-insurance-for-women--a-prescription-for-change>>. Acesso em: 30 Abr. 2015.

LEAT, Peggy et al. Integrated Delivery Systems: Has their time come in Canada? **Canadian Medical Association Journal**, [S.l.], v. 154, p. 803-809, Mar. 1996. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1487797/>>. Acesso em: 12 Nov. 2014.

LOPES, Marta Júlia Marques; LEAL, Sandra Maia Cezar. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. **Cadernos Pagu**, Campinas, v.24, p.105-125, Jan./Jun. 2005.

LÓPEZ-VALCÁRCEL, Beatriz González; PÉREZ, Patricia Barber; VEGA, Rafael Suárez. Oferta, demanda e necessidade de médicos especialistas no Brasil: Projeções para 2020. Fev. 2011. Disponível em: <<http://www.sbmfc.org.br/media/file/texto24.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

MABLE, Ann; MARRIOTT, John. Steady state: finding a sustainable balance point - International review of health workforce planning. **Health Human Resources Strategies Division**, Wolfe Island, 2001.

MACHADO, Maria Helena. Trabalho em saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 227-230. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

MANZINI, Eduardo José. Considerações sobre a transcrição de entrevistas. In: _____. **A entrevista como instrumento de pesquisa em Educação e Educação Especial: uso e processo de análise**. Marília: UNESP, 2008.

MARINHO, Alexandre. Um estudo sobre as filas para transplantes no Sistema Único de Saúde brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 10, p. 2229-2239, Out. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006001000029>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

MARTINHO, Cássio. **Redes: uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto-organização**. 1. ed. Brasília, DF: WWF-Brasil, 2003. Disponível em: <ftp://ftp.cefetes.br/Especificos/design/wwf_redes_a4.pdf>. Acesso em: 15 Maio. 2014

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à Saúde. In: PEREIRA, Isabel Brasil; LIMA, Júlio César França (Org.). **Dicionário da educação profissional em saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009. p. 44-50. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/dicionario/Dicionario2.pdf>>. Acesso em: 10 Ago. 2014.

MATTAR, Fauze Najib. **Pesquisa de marketing: metodologia, planejamento, execução e análise**. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1994.

MAY, Tim. **Pesquisa social: questões, métodos e processos**. Tradução Carlos Alberto Silveira Netto Soares. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDICI, André Cezar. Da atenção primária às redes de saúde: futuros caminhos para a gestão do SUS. In: OLIVEIRA, Fátima Bayma de; KASZNAR, Istvan Karoly (Org.). **Saúde, Previdência e Assistência Social: Desafios e Propostas Estratégicas**. 1. ed. Rio de Janeiro: Tríbia, 2010.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p.2297-2305, ago. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000500005>. Acesso em: 10 Ago. 2014.

_____. **As Redes de Atenção à saúde**. 2. ed. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.rj.gov.br/docman/atencao-a-saude/7980-redes-de-atencao-mendes/file.html>>. Acesso em: 10 Ago. 2014.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface**, Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, fev. 2000. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=es&nrm=i&tlng=pt>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 18. ed. Petrópolis: Vozes, 2001. cap. 1, p. 09-29.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Trabalho de Campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org.). **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006. cap. 3, p. 261-297.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, L.C. **A passagem de plantão enquanto processo comunicativo**. 1989. 167f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1989.

MORRIS, Libby et al. Information management in primary care: delivering a strategy to improve patient care in Scotland. **Informatics in Primary Care**, [S.l.], n. 10, p. 85-88, 2002. Disponível em: <<http://www.ingentaconnect.com/content/bcs/ipc/2002/00000010/00000002/art00003?crawler=true>>. Acesso em: 12 Fev. 2015.

MUNHOZ, Dércio Garcia. **Economia aplicada: técnicas de pesquisa e análise econômica**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1989.

OLIVEIRA, Evangelina X. G; CARVALHO, Marília Sá; TRAVASSOS, Cláudia. Territórios do Sistema Único de Saúde - mapeamento das redes de atenção hospitalar. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 386-402, mar./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n2/06.pdf>>. Acesso em: 12 Mar. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios medicos y afines**. Washington: OPAS/OMS, 1964

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Relatório Mundial da Saúde 2000: Sistemas de Saúde- Aprimorando a Performance**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2000.

Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr00_pr.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas:** componentes estruturais de ação. Brasília, DF: Organização Mundial da Saúde, 2003. Disponível em: <<http://www.who.int/chp/knowledge/publications/icccportuguese.pdf>>. Acesso em: 12 Ago. 2014.

_____. **Relatório mundial de saúde 2006:** Trabalhando juntos pela saúde. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2006. Disponível em: <<http://www.who.int/whr/2006>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

_____. **Relatório Mundial da Saúde 2008:** Cuidados de Saúde Primários – Agora mais que nunca. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2008. Disponível em: <http://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf>. Acesso em: 20 Out. 2014.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. **Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS** - Los SILOS em la transformación de los sistemas nacionales de salud. Washington: OPAS, 1991. (Serie HSD. SILOS 10).

_____. **Redes integradas de servicios de salud:** conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Washington: OPAS, 2010. (Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas ,n. 4).

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE; ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **A atenção à saúde coordenada pela APS:** construindo as redes de atenção no SUS: contribuições para o debate. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde 2011a. Disponível em: <http://apsredes.org/site2012/wp-content/uploads/2012/03/aps_verde_new.pdf>. Acesso em: 25 Set. 2014.

_____. **Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde:** resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Brasília, DF: Organização Panamericana de Saúde, 2011b. Disponível em: <http://www.cff.org.br/userfiles/23%20-%20ORGANIZA%C3%87%C3%83O%20PAN-AMERICANA%20DA%20SA%C3%9ADE_%20Inovando%20o%20papel%20da%20aten%C3%A7%C3%A3o%20prim%C3%A1ria%20nas%20redes%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20%C3%A0%20sa%C3%BAde.pdf>. Acesso em: 25 Set. 2014.

PAIM, Jairnilson Silva. **Desafios para a saúde coletiva no século XXI.** Salvador: EDUFBA, 2006. Disponível em: <<https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/7078/1/Paim%20J.%20Desafio%20da%20Saude%20Coletiva.pdf>>. Acesso em: 25 Set. 2014.

_____. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, Lúgia (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. Cap. 15, p. 547-573.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. **Política Social:** Temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

PIRES, Denise Elvira Pires de. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde**. 2. ed. São Paulo: Annablume, 2008.

POLIT, DF; BECK, CT; HUNGLER, BP. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. Tradução Ana Thorelli. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO; INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA; FUNDAÇÃO JOÃO PINHEIRO. **Atlas Do Desenvolvimento Humano No Brasil**: Santo Antônio de Jesus, BA. [S.l.], 2013. Apresenta dados sobre o município de Santo Antônio de Jesus. Disponível em: <http://atlasbrasil.org.br/2013/pt/perfil_m/santo-antonio-de-jesus_ba#caracterizacao> Acesso em: 04 jan. 2015.

QUEIROZ, Isis Gomes de. **Burocracia X Eficiência**: O princípio do formalismo moderado como ferramenta de eficiência na Gestão Pública. Condado de Santa Clara: JUSBRASIL, 2013.

RAMOS, Donatela Dourado; LIMA, Maria Alice Dias da Silva. 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, jan./fev. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v19n1/14902.pdf>>. Acesso em: 17 Jul. 2014.

REDE DE ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE. **Redes de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde**. Curso de autoaprendizado online. Brasília, DF, 2012. Disponível em: <ecos-redenutri.bvs.br/tiki-download_file.php?fileId=125>. Acesso em: 10 Out. 2014.

REIS, Cláudia da Costa Leite; HORTALE, Virginia Alonso. Programa Saúde da Família: supervisão ou "convisão"? Estudo de caso em município de médio porte. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.20, n.2, p.492-501, mar./abr. 2004. Disponível em: <Acesso em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2004000200017&script=sci_arttext>. Acesso em> 12 Fev. 2014.

REIS, Aline Pires et al. **O Mapa da Rede de Atenção à Saúde em um Município do Recôncavo Baiano**. 2014. 3 f. Santo Antônio de Jesus. No prelo.

RICHARDSON, Roberto Jarry et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 2010.

ROGERS, Anne; FLOWERS, Julian; PENCHEON, David. Improving access needs a whole systems approach. **BMJ**, v. 319, p. 866–867, oct. 1999.

ROSEN, Rebecca; HAM, Chris. Integrated Care: lessons from evidence and experience. **The Nuffield Trust**, London, p. 1-14, nov. 2008. Disponível em: <<http://www.nuffieldtrust.org.uk/publications/integrated-care-lessons-evidence-and-experience>>. Acesso em: 12 Fev. 2014.

SÁNCHEZ MANSOLO, Athos A. et al. Registro Electrónico de Pacientes. **Educación Médica Superior**, Ciudad de la Habana, v. 13, n.1, p. 46-55, jun. 1999. Disponível em:

<Acesso em: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21411999000100007>. Acesso em: 27 Abr. 2014.

SANTOS, Lenir; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Redes interfederativas de saúde: um desafio para o SUS nos seus vinte anos. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.3, p. 1671-1680, Mar. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232011000300002&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 Ago. 2014.

SCHRAMM, Joyce Mendes de Andrade et al. Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 897-908, Dez. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a11v9n4>>. Acesso em: 10 Mar. 2014.

SHORTELL, Stephen M. et al. Creating organized delivery systems: the barriers and the facilitators. **Hosp. Health Service Adm.**, v. 38, p. 447- 466, Feb. 1993.

SILVA, Luís Edicardo et al. **Manual de Gestão Organizacional: Programa de Formação Inicial para ANEs**. [S.l]: UE-PAANE, 2012.

SILVA, Silvio Fernandes da. Recursos humanos para o SUS: desafios para a gestão municipal. **Revista Olho Mágico**. Londrina, v.8, n. 3, p.18-23, Set./Dez. 2001. Disponível em: <<http://www.uel.br/ccs/olhomagico/v8n3/silvio.htm>>. Acesso em: 10 Jan. 2015.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_primaria_p1.pdf>. Acesso em: 16 Dez. 2014.

ULHOA, Daiana Aparecida Moreira. **Importância da participação popular nas ações de saúde**. 2012, 30f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2012. Disponível em: <<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/3821.pdf>>. Acesso em: 03 Out. 2014.

VALLEJOS, Adriana et al. Lineamentos Epistemológicos. **Revista Brasileira de Estudos Pedagógicos**, Brasília, DF, v. 81, n. 199, p. 425-451, Set./Dez. 2000.

VECINA NETO, Gonzalo; REINHARDT FILHO, Wilson. Gestão de Recursos Materiais e de Medicamentos. **Série Saúde & Cidadania**, v. 12, São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/2959>. Acesso em: 15 Jul. 2014.

VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. São Paulo: Atlas, 2009.

WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito capitalista**. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

WEBSTER, Charles. **The National Health Service: a political history**. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press, 2002.

APÊNDICE A – Carta de Solicitação para Uso de Informações de Banco de Dados**Carta de Solicitação para Utilização de Informações de Banco de Dados**

Prezada professora Elaine Andrade Leal Silva,

Solicito à V.Sa. autorização para acessar e utilizar informações do Banco de Dados do projeto de pesquisa do Programa de Educação pelo Trabalho para Saúde (PET-Saúde) intitulado “Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde de um município do estado da Bahia”, no meu Trabalho de Conclusão de Curso.

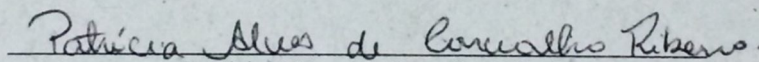
A minha monografia será intitulada Dificuldades e Estratégias de Enfrentamento para a Operacionalização das Redes de Atenção à Saúde, e terá como objetivos: Conhecer as dificuldades encontradas por trabalhadores e gestores na operacionalização das RAS; Sumarizar as estratégias de enfrentamento para operacionalização das RAS, sugeridas por trabalhadores e usuários do SUS municipal.

Na oportunidade, firmo o compromisso de:

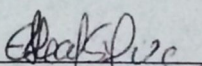
- a) Assegurar a privacidade e a confidencialidade dos dados utilizados, preservando integralmente o anonimato e a imagem do sujeito bem como a sua não estigmatização;
- b) Não utilizar as informações oriundas da pesquisa em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
- c) Utilizar os dados obtidos exclusivamente para a finalidade prevista.

Agradeço antecipadamente por seu apoio e compreensão para o desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso.

Santo Antônio de Jesus (BA), 30 de março de 2014.


Patrícia Alves de Carvalho Ribeiro

Autorizo o acesso e utilização das informações do Banco de Dados solicitado.


Elaine Andrade Leal Silva
(1ª Pesquisadora Responsável)

ANEXO A – Roteiro norteador da entrevista com trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

ENTREVISTA Nº: Data: ___/___/2013 Hora Início: _____ Hora Término: _____ Entrevistador: _____
--

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA TRABALHADORES DA SAÚDE

BLOCO I

IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) PARTICIPANTE

1. Qual sua função?	
2. Idade (anos)	
3. Sexo	Masculino () Feminino ()
4. Estado civil	() solteiro(a) () casado(a) () união estável () divorciado(a) () viúvo(a)
5. Cor da Pele	() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena
6. Religião	
7. Filhos	() Sim () Não Quantos? _____
8. Formação/Graduação	
9. Tempo de Formação	
10. Pós Graduação	Sim () Não () Qual? _____
11. Experiência Profissional anterior	
12. Tempo atuação no serviço atual	
13. Qual seu vínculo	() CLT () Concursado(a) () Outro _____
14. Carga Horária semanal (hs)	
15. Folga	() Sim () Não
16. Renda Mensal (em salário mínimo)	() 0 a 2 () 3 a 5 () 6 a 8 () Mais de 8
17. Tem outro vínculo empregatício	Sim () Não ()

BLOCO II

O PROCESSO DE TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

- 1) Eu quero que você me conte como foi seu último dia de trabalho, desde o momento em que você chegou para trabalhar, até sua saída.
- 2) Esse foi um dia típico de trabalho?
Se responder NÃO: Conte um dia típico de trabalho.
Lembrete (L): investigar como é seu trabalho; que atividades desenvolve; o que faz.
- 3) Conte um dia de trabalho que você considerou **bom**.
L: um dia que o trabalhador gostou.
- 4) Conte um dia de trabalho que você considerou **ruim**.
L: um dia que o trabalhador não gostou.
- 5) Como é para você trabalhar nesta unidade de saúde?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

6) Para que você desenvolve seu trabalho?

L: investigar a finalidade do trabalho, razão pelo qual ele é realizado

7) Para quem você direciona seu trabalho?

L: investigar qual público (usuário, família, gestor...) que realiza o trabalho

8) Qual o papel do usuário na execução do seu trabalho?

9) Que instrumentos e técnicas você mais utiliza no cotidiano do seu trabalho?

10) Você está satisfeito em trabalhar nesta unidade de saúde? Por quê?

L: investigar o que faz com que se sintam dessa forma – pedir para contar situações concretas.

11) Você gostaria que seu filho seguisse a sua profissão? Por quê?

12) Você tem liberdade para fazer o trabalho do jeito que acha melhor? Conte uma situação.

L: investigar quem organiza e como está organizado o trabalho.

13) Em que locais você desenvolve o seu trabalho?

14) Como são suas condições de trabalho?

L: pedir para descrever situações concretas – materiais, instrumentos, equipamentos de proteção, mobiliário, estrutura física do local de trabalho.

15) Como é sua relação com as pessoas que estão envolvidas com seu trabalho (usuários do serviço; outros trabalhadores de saúde; gestores)?

L: pedir para contar situações concretas.

16) Para você quais são as principais dificuldades de trabalhar em equipe?

17) Para você quais são as facilidades de trabalhar em equipe?

18) Seu trabalho traz algum sofrimento para você? Conte situações concretas.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

19) Pense em uma situação no seu trabalho que você sentiu **alegria**. Conte o que aconteceu.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

20) Pense em uma situação no seu trabalho que você sentiu **tristeza**. Conte o que aconteceu.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

21) Pense em uma situação no seu trabalho que você sentiu **medo**. Conte o que aconteceu.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

22) Pense em uma situação no seu trabalho que você sentiu **raiva**. Conte o que aconteceu.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

23) Pense em uma situação no seu trabalho que você sentiu **repugnância**. Conte o que aconteceu.

L: após o trabalhador contar a situação, pergunte: **como você lidou com essa situação?**

24) Como o seu trabalho se articula com a RAS (Rede de Atenção à Saúde)?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

25) De que forma você se articula com os demais setores e serviços para a organização do trabalho em rede?

26) O que o trabalho significa para você?

BLOCO III
OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE

1) Para você, o que é RAS (Rede de Atenção à Saúde)?

2) Para você, o que é operacionalizar a RAS?

3) Para você qual a importância da referência e contra-referência para a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde?

4) Enquanto trabalhador do SUS, quais as ações desenvolvidas ou demandadas por você para a operacionalização (referência e contra referência) na rede de atenção à saúde?

5) Quais as facilidades encontradas por você enquanto trabalhador do SUS para operacionalização do trabalho em rede de atenção à saúde?

6) Quais as dificuldades encontradas por você enquanto trabalhador do SUS para operacionalização do trabalho em rede de atenção à saúde?

7) Quais estratégias de enfrentamento sugeridas por você enquanto trabalhador do SUS para operacionalização do trabalho em rede de atenção à saúde?

8) Quais as principais facilidades nas articulações entre Equipe de Saúde da Família, Rede de Atenção e Gestão?

9) Quais as principais dificuldades nas articulações entre Equipe de Saúde da Família, Rede de Atenção e Gestão?

10) O que você entende por saúde mental?

11) Segundo seu ponto de vista, quais ações deveriam ser desenvolvidas para que houvesse uma operacionalização da rede de referência e contra referência no atendimento às necessidades de saúde mental da população?

12) Se durante um atendimento, você identifica que há um usuário com uma necessidade de saúde mental, qual a sua conduta?

13) Você identifica uma oferta de serviços na Rede relacionados à promoção da saúde mental ou é feito apenas o encaminhamento em caso de problemas já instalados?

14) Como funciona a referência e contra-referência no atendimento às necessidades de saúde mental da população?

15) Como se estabelece o vínculo entre o usuário com necessidades de saúde mental e os profissionais da Equipe de Saúde da Família? Há um acompanhamento desses usuários?

16) Recebeu capacitação e/ou se sente preparado para o atendimento em saúde mental?

ANEXO B – Roteiro norteador da entrevista com gestores da Rede de Atenção à Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

ENTREVISTA Nº:			
Data: ___/___/2013	Hora Início: _____	Hora Término: _____	Entrevistador: _____

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA GESTORES DA SAÚDE

BLOCO I

IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) PARTICIPANTE

1. Qual a sua função?	
2. Idade (anos)	
3. Sexo	Masculino () Feminino ()
4. Estado civil	() solteiro(a) () casado(a) () união estável () divorciado(a) () viúvo(a)
5. Cor da Pele (Auto-referida)	() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () NDA
6. Religião	
7. Filhos	() Sim () Não Quantos? _____
8. Formação/Graduação	
9. Tempo de Formação	
10. Pós Graduação	Sim () Não () Qual? _____
11. Experiência Profissional anterior	
12. Função Atual	
13. Tempo atuação no serviço atual	
14. Qual seu vínculo	() CLT () Concursado(a) () Outro _____
15. Carga Horária semanal (hs)	
16. Folga	() Sim () Não
17. Renda Mensal (em salário mínimo)	() 0 a 2 () 3 a 5 () 6 a 8 () Mais de 8
18. Tem outro vínculo empregatício	Sim () Não ()

BLOCO II

OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE

1. Para você, o que é RAS (Rede de Atenção à Saúde)?
2. Enquanto gestor quais as ações demandadas por você para fazer funcionar a articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do SUS?
3. Quais as facilidades encontradas enquanto gestor para fazer funcionar a articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do SUS?
4. **Quais as dificuldades encontradas por você enquanto gestor para operacionalização do trabalho em rede de atenção à saúde?**
5. Quais estratégias de enfrentamento sugeridas por você, enquanto gestor, para fazer funcionar a articulação entre os serviços de saúde nos diferentes níveis de complexidade do SUS?
6. Para você, qual a função da referência e contra referência na articulação dos serviços de saúde que compõem a rede?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

7. Como a gestão orienta os profissionais de saúde sobre o fluxo dos usuários entre os serviços de saúde que compõem a rede?
8. De que forma a Gestão está ligada aos demais integrantes da RAS (Rede de Atenção à Saúde)?
9. Quais as principais facilidades nas articulações entre Equipe de Saúde da Família, Rede de Atenção e sua Gestão?
10. Quais as principais dificuldades nas articulações entre Equipe de Saúde da Família, Rede de Atenção e sua Gestão?
11. Enquanto gestor quais as ações demandadas por você para fazer funcionar a articulação entre os serviços de saúde mental nos diferentes níveis de complexidade do SUS?
12. Relacionado às ações na área da saúde mental, como ocorre a oferta de serviços na RAS?
13. Como a Gestão capacita os profissionais da RAS para atendimento ao indivíduo com necessidades de saúde mental?

ANEXO C – Roteiro norteador da entrevista com usuários da Rede de Atenção à Saúde



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

ENTREVISTA Nº: Data: ___/___/2013 Hora Início: _____ Hora Término: _____ Entrevistador: _____
--

ROTEIRO DE ENTREVISTA PARA USUÁRIOS DA RAS

BLOCO I

IDENTIFICAÇÃO E TRAJETÓRIA PROFISSIONAL DO (A) PARTICIPANTE

1. Idade (anos)	
2. Sexo	Masculino () Feminino ()
3. Estado civil	() solteiro(a) () casado(a) () união estável () divorciado(a) () viúvo(a)
4. Cor da Pele	() Branca () Preta () Amarela () Parda () Indígena () NDA
5. Religião	
6. Filhos	() Sim () Não Quantos? _____
7. Escolaridade	
8. Tempo de Formado(a)	
9. Pós Graduação	Sim () Não () Qual? _____
10. Tem plano de saúde privado	Sim () Não ()
11. Quanto tempo tem que está cadastrado(a) na USF (meses e ano)	
12. Quantas vezes, em média, você comparece na USF	
13. Quantas vezes você frequentou a USF, nos últimos três meses	
14. Renda Mensal (em salário mínimo)	() 0 a 2 () 3 a 5 () 6 a 8 () Mais de 8

BLOCO II

OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE

1. Quais os motivos que te levam a procurar a unidade de saúde?
2. A unidade atende as suas necessidades? Por quê?
3. Na unidade que você frequenta, você já recebeu algum encaminhamento para outro serviço (obs.: aplicador esclarece outros serviços)?
4. Após atendimento no serviço a qual você foi encaminhado, você recebeu algum formulário para ser devolvido na unidade de saúde?
5. Quais as facilidades você encontra quando é encaminhado (mandado) para outros setores/serviços do SUS?
6. Quais as dificuldades você encontra quando é encaminhado (mandado) para outros setores/serviços do SUS?



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Estruturação e Operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em um município do Estado da Bahia

7. **Você sugere mudanças nesses encaminhamentos?**
8. Você sabe quais profissionais trabalham e quais são as atividades que estes desenvolvem nesta unidade?
9. Você e sua família são orientadas quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis no município?
10. Você recebe informações sobre prevenção de doenças e cuidados relacionados a saúde (atividade física, alimentação saudável, uso correto de medicamentos, informações sobre doenças e formas de evitá-las)?
11. Como você fica sabendo dos serviços de saúde que esta unidade de saúde oferece?
12. Você conhece o Conselho Municipal de Saúde?
13. Você sabe para que 'serve' Conselho Municipal de Saúde? Caso sim: como ficou sabendo?
14. Você é informado sobre as reuniões do conselho municipal de saúde? Se positivo, de que maneira?
15. Como você avalia o horário de funcionamento da unidade?
16. Você usa o serviço de saúde particular? quais? Por quê? Com que frequência?
17. O que você acha da localização da unidade?
18. Você já foi mal atendido nesta unidade/serviço? Como isto aconteceu?
19. O que você faz para conseguir, caso necessite, encaminhamentos para serviço de saúde mental (psicólogos, psiquiatras, assistente social, oficinas, CAPS, transporte, etc.)?

ANEXO D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos usuários da Rede de Atenção à Saúde



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PET SAÚDE DA FAMÍLIA E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, pesquisadores, convidamos o(a) Senhor(a) a participar voluntariamente da pesquisa chamada **ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**. Esta pesquisa está sob a coordenação da Professora Mestre Elaine Andrade Leal Silva (pesquisadora responsável) e com a participação dos pesquisadores colaboradores Willian Tito e Paloma Pinho. O objetivo principal desta pesquisa é entender como está organizada a Rede de Atenção à Saúde no município de Santo Antônio de Jesus-Bahia. Realizaremos entrevistas com gestores da saúde (secretário municipal de saúde; diretores, coordenadores e gerentes), profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais, entre outros), além dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) que utilizam os serviços de saúde do município. Você pode tirar dúvidas sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é por sua própria vontade e não trará quaisquer despesas financeiras. Se não quiser participar isso não trará para você qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você poderá expor-se a riscos na dimensão física, psíquica, social e, caso se sinta constrangido, com medo ou envergonhado ao conversar com o(a) pesquisador(a), ou se não se sentir à vontade de alguma forma em relação ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas. Todos os dados obtidos são sigilosos e você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada durante cinco anos na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia de posse da pesquisadora responsável e outra será fornecida a você. A partir de sua autorização, gravaremos a entrevista mantendo sigilo e anonimato assegurado pela portaria 196/96. Para maiores esclarecimentos, você poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável Elaine Andrade Leal Silva, docente vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, à Avenida Carlos Amaral nº 1015, bairro Cajueiro, Santo Antonio de Jesus, BA, Cep: 44.574-490, através dos telefones:(75) 3632 4598. Poderá ainda contactar o Comitê de Ética da UFRB, onde este projeto está cadastrado, situado na Rua Rui Barbosa, nº 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas – BA, Cep: 44 380 000, através do email eticaempesquisa@ufrb.edu.br ou através do telefone (75) 3621-6850. Assim declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Eu, _____, assino abaixo ratificando meu consentimento em participar da pesquisa.

Santo Antonio de Jesus, ____/____/2013 3603/9377

 Responsável Legal
 Profª Elaine Andrade Leal Silva
 Tel: 75-3632-6950
 ealeasilva@hotmail.com
 Gabinete UFRB nº 34

 Entrevistado(a)

ANEXO E - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aplicado aos trabalhadores e gestores da Rede de Atenção à Saúde



CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / PROGRAMA DE EDUCAÇÃO PELO TRABALHO PET SAÚDE DA FAMÍLIA
E REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nós, pesquisadores, vimos, através deste termo, convidar o (a) Senhor (a) a participar voluntariamente da pesquisa **ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA**. Esta pesquisa está sob a coordenação da Professora Mestre Elaine Andrade Leal Silva (pesquisadora responsável) e com a participação dos pesquisadores colaboradores Willian Tito e Paloma Pinho. O objetivo geral deste estudo é analisar a estruturação e a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde, no sentido de potencializar a Atenção Básica no município de Santo Antonio de Jesus-Bahia. Os sujeitos da pesquisa serão gestores que assumem cargos de gestão (secretário municipal de saúde; diretores, coordenadores e gerentes), os profissionais da rede (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, psicólogos, assistentes sociais, educadores físicos, nutricionistas, farmacêuticos, fonoaudiólogo, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, recepcionistas, nutricionista, cirurgião dentista), além dos usuários do SUS que utilizam os serviços de saúde. Você pode tirar dúvidas sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e não acarretará custos e a recusa em participar não irá trazer qualquer penalidade ou perda de benefícios. Você poderá expor-se a riscos na dimensão física, psíquica, social, caso se sinta constrangido, amedrontado ou envergonhado ao conversar com o(a) pesquisador(a), se você sentir algum desconforto (mal estar) relacionado ao objeto de pesquisa, a equipe fará encaminhamento às unidades de serviço especializadas. Todos os dados obtidos são sigilosos e você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado será arquivada durante cinco anos na Universidade Federal do Recôncavo da Bahia de posse da pesquisadora responsável e outra será fornecida a você. A partir de sua autorização, gravaremos a entrevista mantendo sigilo e anonimato assegurado pela portaria 196/96. Para maiores esclarecimentos, você poderá comunicar-se com a pesquisadora responsável Elaine Andrade Leal Silva, docente vinculada a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, à Avenida Carlos Amaral nº 1015, bairro Cajueiro, Santo Antonio de Jesus, BA, Cep: 44.574-490, através dos telefones:(75) 3632 4598. Poderá ainda contactar o Comitê de Ética da UFRB, onde este projeto está cadastrado, situado na Rua Rui Barbosa, nº 710, Campus Universitário, Centro, Cruz das Almas – BA, Cep: 44 380 000, através do email eticaempesquisa@ufrb.edu.br ou através do telefone (75) 3621-6850. Assim declaro que recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas. Eu, _____, assino abaixo ratificando meu consentimento em participar da pesquisa. Santo Antonio de Jesus, ____/____/2013

Responsável Legal
Profª Elaine Andrade Leal Silva
Tel: 75-3632-6950

Entrevistado(a)

ANEXO F – Parecer de aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: ESTRUTURAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO A SAÚDE EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DA BAHIA

Pesquisador: WILLIAN TITO MAIA SANTOS

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 15669713.0.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 334.737

Data da Relatoria: 10/07/2013

Apresentação do Projeto:

"O trabalho em saúde enquanto processo em construção deve considerar os trabalhadores de saúde como produtores do cuidado comprometidos com a vida individual e coletiva, cujas práticas estejam voltadas para o atendimento das necessidades dos usuários em serviços de saúde dispostos e organizados na rede de atenção à saúde. Neste sentido, há que se pensar na organização e estruturação dos serviços e naqueles que exercem as práticas de cuidado e gestão para a garantia da assistência integral como preconiza o sistema público de saúde brasileiro. Este estudo terá como objetivo principal analisar a estruturação e a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde no sentido de potencializar a Atenção Básica no município de Santo Antonio de Jesus-Bahia. Como objetivos específicos teremos: Identificar, a partir da perspectiva dos trabalhadores da saúde, dos gestores e dos usuários da saúde, as potencialidades e as dificuldades para a operacionalização da Rede de Atenção à Saúde em Santo Antonio de Jesus; Analisar o Processo de Trabalho, os significados e afetos segundo os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde; Investigar as ações desenvolvidas e demandadas pelos gestores e trabalhadores das Equipes de Saúde da Família para a operacionalização de uma rede de atenção à saúde mental da população; Construir estratégias de enfrentamento das dificuldades de operacionalização da Rede de Atenção à Saúde a partir da Vivência na ESF. Esta pesquisa exploratória será desenvolvida

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 334.737

a partir da análise do processo de trabalho na Atenção Básica do Sistema Único de Saúde, especificamente na Estratégia Saúde da Família, estendendo-se aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família e aos serviços da média e alta complexidade e da Gestão Municipal de Saúde com o intuito de conhecer o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde no município citado. No segundo momento, realizaremos um estudo qualitativo do tipo pesquisa-ação em que serão elaboradas e desenvolvidas estratégias de enfrentamento dos nós identificados nas malhas da rede. Serão utilizados roteiros de entrevista semi-estruturada, observações e registros em diário de campo. Os achados serão analisados em seu conteúdo, de modo a identificar os núcleos de sentido. Este estudo será encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia de modo a atender os preceitos éticos que orientam as pesquisas envolvendo seres humanos".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"Analisar a estruturação e a operacionalização da rede de atenção a saúde no município de Santo Antonio de Jesus, Bahia".

Objetivo Secundário:

- "Identificar, a partir da perspectiva dos trabalhadores, dos gestores e dos usuários da saúde, as potencialidades e as dificuldades para a operacionalização da rede de atenção a saúde em Santo Antonio de Jesus, Bahia;- Analisar o Processo de Trabalho, os significados e afetos segundo os trabalhadores da Rede de Atenção à Saúde;- Investigar as ações desenvolvidas e demandadas pelos gestores e trabalhadores das equipes de saúde da família para a operacionalização de uma rede de atenção à saúde mental da população;- Construir estratégias de enfrentamento das dificuldades de operacionalização da Rede de Atenção à Saúde a partir da Vivência na ESF".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Segundo a literatura, risco pode ser definido como a possibilidade de ocorrência de um evento desfavorável. Os possíveis riscos para os sujeitos da pesquisa compreende na dimensão física, psíquica, social, caso se sinta constrangido, amedrontado ou envergonhado ao conversar com o(a) pesquisador(a) como consequência imediata ou tardia do estudo (BRASIL, 1996). Buscar-se-á neste estudo, contudo, que todos os riscos sejam

justificados pela importância do benefício esperado, mas também que eles sejam minimizados, uma vez que este projeto será submetido e apreciado por um Comitê de Ética em Pesquisa - CEP. No entanto, o método de coleta a ser utilizado afeta diretamente os sujeitos da pesquisa, no que tange a privacidade durante as respostas quando aplicada a entrevista, contudo será uma das

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 334.737

preocupações da equipe pesquisadora garantir bem estar aos participantes durante esta etapa. Este trabalho também possui o risco de evidenciar os entraves e as dificuldades existentes na Rede de Atenção a Saúde do município de Santo Antônio de Jesus, Bahia, contudo, diante do cenário diagnosticado, propostas e encaminhamentos serão elencados e sugeridos para a melhoria da realidade vivenciada neste município".

Benefícios:

"Os princípios da bioética estarão evidentes durante toda as etapas desta pesquisa. A autonomia dos sujeitos será garantida através do termo de consentimento livre e esclarecido. A beneficência será demonstrada com o comprometimento da oferta do máximo benefício e mínimo risco. Com relação a não-maleficência buscar-se-á evitar qualquer tipo de dano e quanto ao princípio da justiça, este será evidenciado na seleção dos sujeitos

participantes. Espera-se que o presente estudo influencie positivamente na melhoria da Rede de Atenção a Saúde do município de Santo Antônio de Jesus, principalmente por emergir a discussão das três esferas, trabalhadores, gestores e usuários da saúde. Assim, os benefícios em realizar esta pesquisa margeia a dimensão da promoção da autonomia e da cidadania de usuários dos serviços de saúde; da articulação entre serviços de saúde,

gestão municipal, centro de referência e universidade, bem como do diagnóstico sobre a operacionalização da Rede de Atenção a Saúde em Santo Antônio de Jesus".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante, pois busca analisar a estruturação e a operacionalização da rede de atenção a saúde no município de Santo Antonio de Jesus, Bahia, temática importante e que suscita discussões, pois questiona a forma de estruturação e execução da rede de atenção à saúde e busca contribuir com soluções para os possíveis problemas identificados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos foram apresentados.

Recomendações:

Sugestões no TCLE:

- 1- Trocar o nome Portaria 196/96 por Resolução 196/96;
- 2- Informar que o projeto de pesquisa foi aprovado pelo CEP-UFRB. Retirando a informação de que "Para maiores esclarecimentos [...] Poderá ainda contactar o Comitê de Ética da UFRB [...]";
- 3- Apresentar as justificativas da realização do estudo e forma de retorno dos resultados do estudo aos participantes;

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 334.737

- 4- Informar onde e como será realizada a coleta de dados;
5- Incluir espaço para assinatura dos pesquisadores coletadores;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação ética concluímos que o projeto de pesquisa está adequado as normativas da Resolução 196/96.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96 (versão 2012). Porém, sugerimos que as observações sejam incluídas no TCLE antes da coleta de dados. Aguardamos relatórios e desejamos sucesso aos pesquisadoras na realização desse estudo.

CRUZ DAS ALMAS, 16 de Julho de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-1293 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** secgab@ufrb.edu.br