



REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA – RENASF
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA DO
NORDESTE
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA



BENJAMIN BENTO DE ARAÚJO NETO

**UMA ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.**

**NATAL
2014**

BENJAMIN BENTO DE ARAÚJO NETO

**UMA ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE
NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família do Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, para obtenção do grau de Mestre em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha

NATAL
2014

CATALOGAÇÃO NA FONTE

A663a

Araújo Neto, Benjamin Bento de.

Uma análise da integração das redes de atenção à saúde nos estados do CE, PI e RN / Benjamin Bento de Araújo Neto. – Natal, 2014.

56f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha

Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Centro de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

1. Atenção à saúde – Dissertação. 2. Saúde Pública – Dissertação. 3. Integração – Dissertação. 4. Redes – Dissertação. I. Rocha, Paulo de Medeiros. II. Título.

RN-UF/BS-CCS

CDU: 614.39(043.3)

Benjamin Bento de Araujo Neto

**UMA ANÁLISE DA INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE NOS ESTADOS
DO CE, PI E RN**

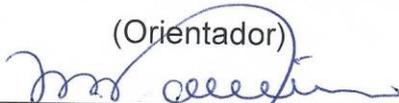
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família no Nordeste da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Saúde da Família.

BANCA EXAMINADORA



Prof^o. Dr. Paulo de Medeiros Rocha - UFRN

(Orientador)



Prof^ª. Dra. Maisa Paulino Rodrigues – UFRN

(Membro Interno)



Prof^ª. Dra. Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes – UERN

(Membro Externo à Instituição)

Natal, 21 de agosto de 2014.

DEDICATORIA

Primeiramente a Deus, por ser essencial em minha vida, meu socorro nas horas mais difícil e condutor do meu destino;

À minha família, por sua capacidade de sempre acreditar e investir em mim;

A todos os profissionais envolvidos no processo de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde na perspectiva de mudança de atitude de alguns gestores e, ou profissionais inseridos na Estratégia de Saúde da Família.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente ao meu Deus, por sempre estar ao meu lado e permitir que mais um obstáculo em minha vida fosse superado, como o transpor de uma pós a um mestrado que em muito fará diferença em minha vida.

A minha família, em especial a Gerlana Pinheiro, minha esposa que soube compartilhar as angústias e assumir a família em minha ausência. Os meus filhos João Gabriel, Maria Gabriele, Bruna Luana e Beatriz Luande por entenderem que na vida temos que conquistar espaços e esse foi mais que conquistamos juntos.

Aos meus pais Antenor Bento e Antônia Felício por nunca desistiram de acreditar em meu potencial. E aos meus irmãos Suely Felício, Suelda Felício e Benito Araújo por sempre estarem me incentivando a não desistir da luta.

Ao Núcleo de Estudo em Saúde Coletiva - NESC, na pessoa de seu diretor o Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha, pela dedicação e incentivo na construção dessa dissertação.

Aos Professores que compõem a banca de defesa do mestrado, Prof. Dr. Paulo de Medeiros Rocha, a Profa. Dra. Máisa Paulino Rodrigues e a Profa. Dra. Suzana Carneiro de Azevedo Fernandes os meus sinceros agradecimentos pelas contribuições feitas à pesquisa e o apoio nos momentos de desilusões achando que não seria possível.

A Coordenação do Curso do Mestrado na pessoa da Profa. Dra. Geórgia Sibebe por conduzir durante mais de vinte e quatro meses, vinte e quatro profissionais das mais diversas áreas de conhecimentos, aglutinando saberes, desconstruindo poderes e gerando um “novo” na perspectiva de transformações de muitas realidades.

Aos colegas da Primeira Turma de um mestrado profissional em Saúde da Família pela superação na conclusão do curso, mesmo diante das adversidades que o nosso espaço de trabalho nos impõe. Essa vitória é nossa.

RESUMO

NETO, Benjamin Bento de Araújo. **Uma análise da integração das Redes de Atenção à Saúde nos Estados do CE, PI e RN.**/Benjamin Bento de Araújo Neto - Natal: 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2014.

A pesquisa apresenta uma discussão sobre a integração das Redes de Atenção à Saúde (RAS) nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte. Tem como objetivo geral Analisar a integração das Redes de Atenção à Saúde através do ordenamento e definição de fluxo de atendimento, na perspectiva do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica PMAQ-AB nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte. Apresentando como objetivos específicos Identificar se há registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros níveis da atenção à saúde, assim como Estimar a disponibilização dos mecanismos e instrumentos de regulação na integração das Redes de Atenção à Saúde nesses Estados. O estudo é transversal, descritivo com uma abordagem quantitativa, fazendo parte da avaliação externa do PMAQ-AB no ano de 2013, do Ministério da Saúde que teve como base a Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Os dados utilizados são todos secundários de todas as 1.702 Equipes de Saúde da Família que aderiram ao PMAQ-AB nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte, perfazendo um total de 422 Municípios dos mesmos Estados. A coleta desses dados foi realizada no período de outubro a dezembro de 2013. A análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis, através do programa Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 22.0.0. Os resultados mostram que para uma melhor efetivação das Redes de Atenção à Saúde nos Estados estudados é a implantação de uma logística que seja capaz de identificar os usuários por meio de um simples cartão de identificação de ações relevantes a sua assistência integral em outros níveis de atenção a saúde por um prontuário eletrônica. Assim todo esforço despendido na pesquisa contribuiu para o fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação na perspectiva de mudança de atitude de alguns gestores e, ou profissionais inseridos na Estratégia Saúde Família avaliadas, tendo sido visualizada a participação popular enquanto estratégia de controle social.

Palavras chaves: Integração, Redes e Atenção à Saúde.

ABSTRACT

NETO, Benjamin Bento de Araújo. **An analysis of the integration of Health Care Networks in the CE, PI and RN** / Benjamin Bento de Araújo Neto - Natal. Dissertation 2014 (Professional Master in Family Health) - Northeast Training Network Family Health - RENASF , Federal University of Rio Grande do Norte, 2014.

The research presents a discussion on the integration of Health Care Networks (RAS) in the states of Ceará, Piauí and Rio Grande do Norte. General aim Analyze the integration of networks of health care by planning and defining service flow in the perspective of the Programme of Improving Access and Quality of Primary Care PMAQ-AB in the states of Ceará, Piauí and Rio Grande do North. Featuring Identify specific goals as if no record of the users most at risk referred to other levels of care, as well as estimate the availability of mechanisms and instruments for regulating the integration of networks of health care in those states. The study is cross-sectional, descriptive to a quantitative approach, part of the external evaluation of PMAQ-AB in 2013, the Ministry of Health which was based on the Federal University of Rio Grande do Norte. The data used are all side of all 1,702 Family Health Teams who joined the PMAQ-AB in the states of Ceará, Piauí and Rio Grande do Norte, a total of 422 municipalities of the same states. Collecting these data was performed in the period from October to December 2013. A descriptive analysis of data was performed using absolute and relative frequencies of the variables through the Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 22.0.0 . The results show that for better realization of Health Care Networks in the states studied is a deployment logistics to be able to identify users through a simple card identifying relevant actions for comprehensive assistance in other levels of attention to for electronic health records. Thus every effort unfastened in research contributed to the strengthening of the monitoring and evaluation process in the context of changing attitudes of some managers and professionals or inserted into the Family Health Strategy appreciated and can view popular participation as a strategy of social control.

Keywords: Integration, Networks and Health Care.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1	MUNICÍPIOS DOS ESTADOS DO CEARÁ, PIAUÍ E RIO GRANDE DO NORTE QUE ADERIRAM AO PMAQ E PERCENTUAL DE EQUIPES QUE ADERIRAM AO MESMO....	38
TABELA 2	DISTRIBUIÇÃO DE MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PMAQ EM 2013 NOS ESTADOS DO CE, PI E RN COM SUAS EQUIPES.	40
TABELA 3	FREQUÊNCIA ABSOLUTA COM QUE AS EQUIPES REGISTRAM OS USUÁRIOS QUE POSSUEM MAIOR RISCO DE ENCAMINHAMENTO PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	41
TABELA 4	DISTRIBUIÇÃO DAS CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E LEITOS NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	46
TABELA 5	FREQUÊNCIA ABSOLUTA DE EQUIPES QUE POSSUEM FICHAS DE ENCAMINHAMENTOS DOS USUÁRIOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	48
TABELA 6	DISTRIBUIÇÃO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ESTADOS DO CE, PI E RN QUE POSSUEM AS REFERÊNCIAS E FLUXOS PACTUADOS PELA GESTÃO PARA SEU TERRITÓRIO.....	49

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	APRESENTA DE FORMA PERCENTUAL A FREQUÊNCIA COM QUE AS EQUIPES MANTÉM REGISTRO DOS USUARIOS DE MAIOR RISCO ENCAMINHADOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	41
GRÁFICO 2	PERCENTUAL DE EQUIPES QUE POSSUEM OU NÃO PROTOCOLOS QUE ORIENTEM A PRIORIZAÇÃO DOS CASOS QUE PRECISAM DE ENCAMINHAMENTO.....	43
GRÁFICO-3	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE CENTRAL DE REGULAÇÃO DISPONÍVEL PARA O ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS PARA OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	44
GRÁFICO 4	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DAS CENTRAIS DE MARCAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES E LEITOS NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	46
GRÁFICO 5	FREQUÊNCIA PERCENTUAL DE EQUIPES QUE POSSUEM FICHAS DE ENCAMINHAMENTOS DOS USUÁRIOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO NOS ESTADOS DO CE, PI E RN.....	48
GRÁFICO 6	DISTRIBUIÇÃO PERCENTUAL DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ESTADOS DO CE, PI E RN QUE POSSUEM AS REFERÊNCIAS E FLUXOS PACTUADOS PELA GESTÃO PARA SEU TERRITÓRIO.....	50
GRÁFICO 7	FREQUÊNCIA COM QUE OS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA ENTRAM EM CONTATO COM ESPECIALISTAS PARA TROCAREM INFORMAÇÕES SOBRE OS SEUS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO.....	51

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2.	ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIAS SAÚDE DA FAMÍLIA.....	18
2.1	DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE.....	18
2.2	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	23
3	INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE UMA REALIDADE POSSÍVEL?.....	26
3.1	INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO NA ÁREA DA SAÚDE.....	26
3.2	IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).....	31
4	METODOLOGIA.....	36
4.1	TIPO DE ESTUDO	36
4.2	LOCAL DA PESQUISA.....	37
4.3	POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR.....	37
4.4	INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS.....	37
4.5	UNIVERSO E AMOSTRA.....	38
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	38
	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	40
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	52
	REFERÊNCIAS.....	54

1 INTRODUÇÃO

Pensar a respeito da Saúde vem à mente a diversidade de situações que sinalizam à indignação, à crise, à catástrofe, ao caos; mas também às possibilidades de mudança. Edgar Morin, em entrevista à Folha de São Paulo (23/07/11), a respeito do seu livro, "*La Voie - Pour L'avenir de L'humanité*" (O caminho - para o futuro da humanidade), lançado na França em janeiro de 2011; nos fala dos caminhos para evitar a catástrofe mundial, a obra convida a uma reflexão sobre os problemas da globalização e do mundo contemporâneo e prevê o fim catastrófico da humanidade se ela não escolher outras vias pelas quais caminharem. O autor afirma que se ele enxerga caminhos, é porque é um otimista. Mas que é preciso reformar tudo (MORIN, 2011).

Os documentos técnicos da Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família, do Ministério da Saúde (2008), reforçam a necessidade de resposta aos desafios de um mundo em mudança, ao desejamos ver à Atenção Primária em Saúde – APS, como porta de entrada no sistema de saúde e fazer com que os serviços possam dar as respostas às necessidades das pessoas.

Nessa ótica, a mesma vem gerando expectativas crescentes de um melhor desempenho e apresenta quatro conjuntos de reformas da Atenção Primária à Saúde, sendo entendida como: 1- Reformas que garantam a equidade assistencial; 2-Reformas que organizem os serviços de saúde como cuidados primários, isto é, em torno das necessidades e expectativas das pessoas; 3- Reformas que garantam comunidades mais saudáveis; 4- Reformas de lideranças, substituindo o autoritarismo por uma liderança com base na negociação.

E, nesse sentido, a importância de pensar a Saúde, para além da dicotomia saúde-doença, que se efetiva na construção prática do sujeito que se constrói, no processo de consolidação das Políticas de Saúde que busca vencer o desafio da assistência integral à saúde, começando pela reorganização da atenção básica enquanto porta de entrada do sistema, somado aos demais serviços ou ações assistências, a importância da integração das redes, que segundo Cecílio e Merhy (2003, p. 6): “(...) uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores”.

Nesse contexto, é determinante analisar a integração das Redes de Atenção à Saúde, enquanto instrumento de avaliação, assim como analisar a rede de serviços disponibilizados nos Estados do CE, PI E RN, sabendo que a escolha desses Estados deu-se ao fato de terem a Universidade Federal do Rio Grande do Norte - UFRN como nucleadora da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde e se dentro dessa rede de serviços há conectividade. Assim, ao pensar Saúde não se faz necessariamente referência ao ambiente, nem ao sujeito, nem somente à ação de um sobre o outro isoladamente, mas a uma complexa rede de inter-relações e interdependências em que não se pode delimitar uma origem última ou uma causalidade linear, mas um processo.

Enquanto processo, inspirado na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em 1986, onde os profissionais reunidos em Ottawa, no Canadá, aprovaram a Carta de Ottawa, documento considerado o mais importante marco conceitual da Produção da Saúde, o conceito de saúde foi ampliado passando a ser visto como um estado de bem-estar holístico definido pela composição de aspectos biológicos, social, econômica, educacional, cultural e ambiental.

É relevante considerar o conceito de saúde que permeia a Carta de Ottawa uma vez que o mesmo acentua: Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, um sujeito ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, satisfazer necessidades e mudar e se adaptar ao meio. Saúde é, portanto, vista como “(...) recurso para a vida diária, não objetivo da vida. Saúde é um conceito positivo que enfatiza recursos sociais e pessoais assim como capacidades físicas” (IPPOLITO-SHEPHERD, 2000, p. 12). Portanto, uma questão de política e de Estado.

Tomando por base a noção de direito de cidadania, amplitude, diversidade de recursos existentes para conviver com os problemas de saúde de nosso tempo, as ações da Atenção Primária em Saúde (APS) não pode ser restrita, pois cada vez mais se espera que a APS assuma seu lugar estratégico na expectativa de superação de um modelo de atenção que não tem efetivamente alcançado as ações de saúde, além de não ter sustentação econômica nos sistemas de saúde atuais.

No Brasil, fazendo um pouco do caminho percorrido pela APS e seus antecedentes, vale ressaltar vários programas da década de 60 e 70, como o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), a integração docente-assistencial dos recém-formados Departamentos de Medicina Preventivo (DMP) vinculados às escolas de medicina e a construção dos Sistemas Locais de saúde (SILOS). Todos incorporavam serviços preventivos e curativos, contemplando desde campanhas sanitaristas, assistência domiciliar, atendimento ambulatorial,

até ações de saneamento e abastecimento de água. Já no final da década de 70 com a institucionalização dos SILOS que tinha como eixo norteador o trabalho de saúde nas periferias urbanas, onde se pensava em um sistema que contemplasse ações de atenção primária incorporada às demais ações.

Essas primeiras experiências em atenção primária começaram a ganhar visibilidade, dando o tom à formulação de novas abordagens e formas de organização da atenção em saúde em uma perspectiva de serviços de APS integrados ao sistema de saúde no nível local. Foram exemplares, neste sentido, as experiências na organização de serviços de saúde, nos municípios de Campinas, Londrina, Niterói, São Paulo, e projeto Montes Claros (GOULART, 1996).

Sabendo que ao longo dos anos muitos sistemas de saúde públicos estavam experimentando reformas na perspectiva da redução dos custos de suas ações, o Brasil adotou políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo. Então, nesta perspectiva, a APS, tanto comentada no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada levando em consideração os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS): Tendo a saúde como direito de todos, integralidade de suas ações e serviços, equidade e participação popular.

Na perspectiva do alcance dessas diretrizes o Ministério da Saúde instituiu mudanças profundas no financiamento da Atenção Básica (AB), vinculando parte dos repasses financeiros a padrões de qualidade, a melhoria no acesso aos serviços, melhoria nas condições de trabalho e o investimento na educação permanente. Com a criação do “Componente de Qualidade” do Piso de Atenção Básica (PAB) Variável os municípios passaram a ter a possibilidade de até dobrar o recurso recebido por equipe, caso alcancem um desempenho “ótimo” naquilo que o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) toma como objeto de contratualização e avaliação, os “padrões” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

A “qualidade”, citada tantas vezes nos documentos oficiais que tratam do tema, é compreendida como uma construção social, produzida com base nas referências dos sujeitos envolvidos, que varia de acordo com o contexto histórico, político, econômico, tecnológico e cultural e com os conhecimentos acumulados sobre o tema (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Em certo momento é definida como “o grau de atendimento a padrões de qualidade estabelecidos frente às normas, protocolos, princípios e diretrizes que organizam as ações e práticas, assim como aos conhecimentos técnicos e científicos atuais, respeitando valores

culturalmente aceitos e considerando a competência dos atores” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

O PMAQ não pode ser compreendido fora do contexto de efetiva valorização e de definição do papel da AB no conjunto da rede que contou com a publicação de diversos atos normativos. A regulamentação da Lei 8.080, por meio do Decreto 7.508, de 29 de junho de 2011, define a AB como “porta de entrada” do sistema, como elemento essencial e indispensável de uma região de saúde, como ordenadora do acesso “universal e igualitário” às ações e serviços de saúde da rede (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

As portarias que instituíram as “redes de atenção” tiveram o cuidado de se descrever na AB reconhecendo claramente seu papel de porta de entrada e primeiro contato. No óbice, através do Decreto Presidencial de nº7.508 de 29 de junho de 2011 e seus instrumentos, em especial o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAP), faz gerar um avanço no financiamento tornando mais adequado as necessidades loco regionais.

O Decreto fala em “avaliação do desempenho da prestação das ações e dos serviços”, em “responsabilidades assumidas” pelo ente envolvendo pactuação de “indicadores e metas de saúde”, “estratégias para a melhoria das ações e serviços de saúde”, “critérios de avaliação dos resultados e forma de monitoramento permanente” e diz ainda que o “Ministério da Saúde poderá instituir formas de incentivo ao cumprimento das metas de saúde e à melhoria das ações e serviços de saúde” (MINISTERIO DA SAÚDE, 2011).

Diante do exposto, foi elencado como objetivo geral desse estudo: Analisar a integração das Redes de Atenção à Saúde, através do ordenamento e definição de fluxo de atendimento, na perspectiva do PMAQ-AB nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte; e como específicos: Identificar se há registro dos usuários de maior risco encaminhados para outros níveis da atenção à saúde nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte, e Estimar a disponibilização dos mecanismos e instrumentos de regulação na integração das Redes de Atenção à Saúde nos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte.

Destaca-se que muitos foram os aspectos que instigaram a enveredar nesse estudo. Dentre estes, destaca-se a atuação do pesquisador quando fez parte de uma das primeiras equipes da Estratégia Saúde da Família - ESF, ainda no início dos anos 90 na cidade de Aracati no Estado do Ceará, sendo responsável pela supervisão de uma equipe multidisciplinar, donde permaneceu durante três anos, onde teve a oportunidade de capacitações específicas no processo de formação da ESF, como a pós-graduação em Saúde da Família na Escola de saúde Pública do CE.

Atuando em seguida por mais de seis anos no Estado do Rio Grande do Norte na cidade de Mossoró que participou desde o processo de implantação da ESF a consolidação quando iniciou com apenas quatro equipes de Saúde da Família e sua consolidação com mais de sessenta equipes, passando por espaços e, ou órgão de formação a assistência direta.

Dentro desse contexto há necessidade de apresentar a experiência e atuação na área da gestão em saúde, assim como, pelo conhecimento advindo do Componente Municipal da Auditoria, atuando como auditor de sistemas de saúde onde se tem o entendimento da auditoria enquanto auxílio de gestão na perspectiva da avaliação.

Não se pode negar a atuação na Área de Gestão de Sistemas Locais de Saúde, quando o mesmo assumiu a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Upanema – RN, município esse de menos de dez mil habitantes, tentando trabalhar avaliação de indicadores como instrumento para o processo de construção da Política Pública de Saúde.

Caminhando nesse período passou a assumir a Diretoria Executiva de Planejamento em Saúde da Gerência Executiva de Saúde do segundo município mais populoso do RN com uma população superior a duzentos e sessenta mil habitantes, município esse o de Mossoró, assumindo logo em seguida a Secretaria Municipal de Saúde do mesmo.

Instigando assim o desejo de visualizar o processo de serviços de saúde da região, em especial nos Estados do CE, PI e RN servindo como base para tentar entender o hoje, quando o Ministério da Saúde instituiu a Avaliação por Qualidade na perspectiva de melhoria e acesso na assistência à saúde.

A relevância da proposta deu-se à medida que vem apresentar uma rede de serviços e ações em nível de Região Nordeste, especificamente no Estado Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte, já que esses Estados compõem parte da pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, onde têm a UFRN como instituição responsável pela coleta, consolidação e análise de seus dados.

Quando da construção de espaço, de conhecimento e de como se encontra a capacidade instalada de serviços de saúde nos Estados, assim como estimar a oferta e resolubilidade de ações das Equipes de Saúde da Família. Ainda assim, contribuir com a proposição do Ministério da Saúde quando da implantação do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) na melhoria do acesso e esse com qualidade na identificação de fraquezas e ou fortalezas das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

Espera-se portanto, que todo esforço despendido na pesquisa possa contribuir para o fortalecimento do processo de monitoramento e avaliação nos serviços de saúde nos Estados

do CE, PI e RN na perspectiva de mudança de atitude de alguns gestores e ou profissionais inseridos na Estratégia Saúde da Família, diante dos fatos apresentados.

Em nível de estruturação o referido trabalho se encontra dividido em seis capítulos. No primeiro, na introdução, fazemos uma breve contextualização, apresentando os objetivos; no segundo, falamos sobre a atenção primária e estratégia de saúde da família, enfocando as diferenças conceituais entre atenção primária e básica, assim como, a estratégia saúde da família; no terceiro, discorremos sobre estratégia de trabalho em rede de atenção à saúde e a integralidade na área da saúde enfocando o programa de melhoria do acesso e da qualidade da Atenção Básica; no quarto, os procedimentos metodológicos utilizados nesse estudo; no quinto, apresentamos os resultados e discussões e por fim, tecemos as considerações finais.

2 ATENÇÃO PRIMÁRIA E ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

2.1 DIFERENÇAS CONCEITUAIS ENTRE ATENÇÃO PRIMÁRIA E BÁSICA.

A Atenção Primária em Saúde em sendo um dos aspectos tratados como parte das discussões sobre a integralidade das ações na estrutura do sistema de saúde e não mais como estratégia para ampliação da cobertura do sistema público de saúde. Sabendo que essa discussão esta permeada pela noção de que um sistema de saúde inclusivo e baseado nas necessidades de saúde que extrapolam os limites de uma proposta de extensão de cobertura. Isso pressupunha que a organização da atenção à saúde deveria ser integral tanto do ponto de vista das ações quanto no sentido da articulação da rede de serviços de saúde (GOULART, 1996).

Parafraseando Testa (1992), no Brasil, não se questionava o valor da atenção primária enquanto conjunto das ações e serviços de saúde; mas, o caráter simplificador da medicina “pobre para os pobres”, adotada como política, cuja racionalidade econômica era a essência das ações promovidas pelo Estado.

A APS ganhou destaque, em termos normativos, quando da publicação da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – NOB SUS 01/96, onde passaram a existir os indicadores e os termos de compromisso de gestão e em termos históricos podemos recordar da implantação do Programa de Agente Comunitário de Saúde (PACS), em 1991 e o Programa Saúde da Família (PSF), em 1994, esses programas surgiram com o intuito de sensibilizar os municípios na organização da atenção em nível local, principalmente naqueles municípios de pequeno porte. Em termos de abordagem o PACS e o PSF trouxeram a família e a comunidade como centro de suas ações, contrariando o modelo tradicional em execução onde a abordagem esta centrada na doença (GOULART, 1996).

A institucionalização do PACS estava associada também à ação do governo federal para enfrentar o problema dos altos índices de morbimortalidade infantil e de algumas epidemias na região Nordeste do Brasil, posteriormente se estendendo à região Norte. O PSF, considerado uma derivação e ampliação do PACS, embora não assumido formalmente como um programa seletivo, priorizou sua implantação em áreas de maior vulnerabilidade social, tendo como base de informação o mapa da fome produzido pela Comunidade Solidária (DAL POZ; VIANA, 1998).

Há necessidade de se avaliar a diferenciação entre Atenção Primária em Saúde (APS) e a Atenção Básica de Saúde (ABS), A Atenção Básica de Saúde (ABS), então, configura-se como primeiro nível que se articula sistemicamente aos demais de serviços de saúde de maior complexidade assistencial, cuja abrangência provê ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, de acordo com o perfil epidemiológico e necessidades apresentadas em um dado território (LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996; CORDEIRO, 1996; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Vários autores tratam indistintamente os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica em Saúde (ABS), apontando para o reconhecimento e utilização internacional da APS; portanto, ABS seria uma descrição brasileira de uma concepção forjada historicamente no cenário internacional (MATTA, 2006).

Dessa maneira, que de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pela Portaria GM nº 2.488 GM/MS do dia 21 de outubro de 2011.

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p. 2).

Alguns autores como Starfield (2002) e Mendes (2002) ao discutirem sobre a Política Nacional de Atenção Básica consideram que, para a efetiva organização de um sistema de saúde por meio da atenção primária, faz-se necessário que alguns princípios sejam observados: O primeiro contato, longitudinalidade, a integralidade e a coordenação da atenção. Cabe ressaltar que tais princípios devem ser considerados em conjunto, não sendo adequada a operacionalização de um serviço de atenção primária à saúde sem a devida transversalidade e interdependência destes.

A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral, por meio da promoção de sua saúde, da prevenção, do tratamento de doenças e da redução de danos ou de sofrimentos que

possam comprometer sua autonomia. Tem como fundamentos e diretrizes: Ter território adscrito e responsabilidade sanitária sobre o mesmo, de forma a permitir o planejamento, a programação descentralizada e o desenvolvimento de ações com impacto na situação, nos condicionantes e determinantes da saúde das coletividades que constituem aquele território, sempre em consonância com o princípio da equidade (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, p. 12).

Cogitar possibilidades e estratégias que se transportam a saúde pública e suas pontuações vigentes remeteu-nos a recordar o contexto vivido, conquistas alcançadas e tempos de experiências, em uma incessante busca em lograr resultados significativos. Nesse prisma, revivendo essas ponderações, é visível que a Atenção Primária tem exibindo-se como um forte paradigma a ser espelhado, estando em constatação em diferentes países desde a década de 1960. Assim, almejando um acesso maior e mais eficaz na busca de resultados nos sistemas de saúde (GOULART, 1996).

Percorrendo caminhos mais próximos, constatamos os traçados vividos e descobertos no Brasil, no qual já postula o Sistema Único de Saúde (SUS) e a inserção da Atenção Básica a Saúde (ABS), evidenciando a reorganização de um paradigma assistencial. Pondera-se assim, que a APS, está em conjectura em detrimento das políticas e do planejamento em saúde.

Destaca-se que duas concepções de Atenção Primária de Saúde são predominantes, a de cuidados ambulatoriais na porta de entrada ou a de uma política de reorganização do modelo assistencial, quer seja sob forma seletiva ou ampliada (CONILL, 2008).

Para aviltar um diálogo crítico entre APS e ABS, embasamo-nos em diferentes conceituações de autores. Nessa perspectiva, Conill, (2008), fomenta que a história da organização de serviços de saúde orientados pela atenção primária é marcada por uma trajetória de sucessivas reconstruções até se consolidar como uma política de reforma, uma alternativa diante da permanente crise dos sistemas de saúde contemporâneos..

Refletindo sobre a construção histórica, é perceptível que a APS vivenciou inúmeras transformações, em detrimento de melhorias em sua execução, até então, idealizar sua concretização estrutural. Pensar em dados históricos remete-nos a reaver processos marcantes de descobertas. Para Morosini (2007)

A ideia de APS foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, em 1920. Esse documento do governo inglês procurou, de um lado, contrapor-se ao modelo flexneriano americano de cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, e, de outro, constituir-se em uma referência para a organização do modelo de atenção

inglês, que começava a preocupar as autoridades daquele país, devido ao elevado custo, crescente complexidade da atenção médica e baixa resolutividade.

Adentrando-se nas entrelinhas contextuais, deparamo-nos com a década de 1970, marcada pela adesão das propostas gerais, que foram impostas pelo Governo Federal, no qual, Québec proporcionou a todos, uma visão inovadora. Seguidamente, houve ocorrências positivas e negativas que fizeram a consolidação dessa visão.

Na década de 1980 e início dos anos 1990, o discurso se modificou num contexto neoliberal de restrições orçamentárias e ajustes macroeconômicos com ações regulatórias que ultrapassaram o âmbito dessa província. Em Québec a descentralização foi adotada, com a criação de agências regionais encarregadas de realizar fusões de estabelecimentos, fechamentos de hospitais e a chamada “virada ambulatorial”, na qual os CLSC voltaram a cena como estruturas de apoio 8. (CONILL, 2008, p. 11)

Não obstante, é observável que as propostas pensadas para APS nos sistemas de saúde no Brasil não estavam em coerência com os demais países. O Brasil reverberava uma atenção primária em consonância com os outros serviços ofertados, na busca de obter melhores respostas.

O Brasil adotou legalmente políticas sociais de caráter redistributivo e inclusivo jamais admitidas anteriormente. Nesta perspectiva, a APS, defendida e garantida no texto da Constituição Federal de 1988, foi pensada com base em princípios norteadores do SUS: saúde como direito de todos, equidade, integralidade e participação popular. (MOROSINI, 2007, p. 8)

Para perfilhar um teor conceitual e singular sobre APS e ABS, foi necessária a participação de alguns autores pertinente ao estudo e que dialogam sobre a temática abordada. Deparamo-nos novamente com Morosini (2007), onde em seus escritos traça o momento em que se buscou uma conceituação para APS, em 1978 na Conferência de cuidados primários em saúde, em Alma-Ata, Cazaquistão. Para tanto,

Cuidados essenciais baseados em métodos práticos, cientificamente bem fundamentados e socialmente aceitáveis e em tecnologia de acesso universal para indivíduos e suas famílias na comunidade, e a um custo que a comunidade e o país possam manter em cada fase de seu desenvolvimento, dentro do espírito de autoconfiança e autodeterminação. Os cuidados primários são parte integrante tanto do sistema de saúde do país, de que são ponto central e o foco principal, como do

desenvolvimento socioeconômico geral da comunidade. Além de ser o primeiro nível de contato de indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, aproximando ao máximo possível os serviços de saúde nos lugares onde o povo vive e trabalha, constituem também o primeiro elemento de um contínuo processo de atendimento em saúde. (UNICEF: 1979, p.1)

Conjeturando sobre essas postulações, detectamos alguns quesitos que servem de possibilidades organizacionais. Segundo Morosini (2007, p. 8)

Primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção saúde. Continuidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo, exigindo à delimitação da população as equipes de atenção primária.

Integralidade as unidades de atenção primária devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com a sua necessidade, sendo alguns ofertados dentro do serviço de APS ou em outros serviços que compõem o sistema de saúde. Isto inclui o encaminhamento para serviços nos diferentes níveis de atenção, dentro ou fora do sistema de saúde.

Coordenação significa garantir alguma forma de continuidade do cuidado que possa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas que necessitam de segmento consecutivo. Significa manter-se responsável por acompanhar o usuário vinculado ao serviço de APS, ainda que ele esteja temporariamente sob os cuidados de outro serviço.

Consoante a essa conjuntura, apontamos as compilações da Atenção Básica, na qual expõe e evidencia seus preceitos em coerência com o Sistema Único de Saúde – SUS. A vista disso, dialogamos com Conill (2008, p.12), onde os autores exploram uma discussão impar com pensamentos políticos e sociais.

No Brasil, a acentuada desigualdade social, como não poderia deixar de ser, estende suas consequências ao sistema de saúde, fazendo com que a AB do SUS seja priorizada para as classes mais desfavorecidas economicamente. Em si, isso não é um problema, pelo contrário, trata-se justamente de uma opção relacionada à equidade do sistema em busca de oferecer acesso à grande maioria da população. Porém, torna-se conceitualmente relevante quando a AB é entendida por alguns como “medicina para pobres”, ou quando não se organiza os demais níveis tecnológicos de acordo com tais princípios equitativos.

Compenetrando no contexto do SUS, foi visível a incorporação de característica da APS. Porém, para a formulação de um paradigma institucional próprio, o Brasil adotou a AB – Atenção Básica, capaz de correlacionar às propostas programáticas a vivência da comunidade em que se instaura.

Nessa ótica, o Ministério de Saúde conceitua a Atenção Básica como:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 22)

Para desfecho dessa concepção, objetivou-se expor que os termos adotados e explorados durante o itinerário (APS E ABS) têm sido utilizados e entendidos como similares no Brasil. Cotidianamente, os dois modelos mesmos com suas particularidades, são conhecidos como um só. A vista disso é perceptível a importância em aclarar e rememorar históricos e conceitos para melhores explicações.

2.2 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Com a finalidade de reafirmar os princípios do SUS o Ministério da Saúde, em 1996 implantou a Estratégia Saúde da Família com o objetivo de aumentar o acesso da população aos serviços de saúde, propiciando longitudinalidade e integralidade na atenção prestada aos indivíduos e grupos populacionais. Sabendo que se iniciou no ano de 1994 com o Programa Saúde da Família - PSF, onde se percebe que o cuidado tem que ser longitudinal e integral e não estanque.

Segundo Alves e Aerts (2011) a ESF pretende trabalhar com o modelo da vigilância da saúde, com a responsabilização da equipe de saúde pela população moradora em seu território, incentivando a participação popular, criação de parcerias intersetoriais e responsabilização da equipe pelo atendimento integral dos indivíduos e grupos populacionais.

Destacamos que o PSF, hoje ESF foi inspirado por meio das informações e orientações das experiências de prevenção de doenças sobre cuidados de saúde, sendo estas desenvolvidas pelo Agente Comunitário de Saúde, inseridas no Programa Agente Comunitário de Saúde

(PACS), que são os profissionais que atuam mais diretamente junto à população, sob a instrução e supervisão dos enfermeiros (SANTOS, 2008).

Nessa ótica, a ESF passa a ser o eixo estruturante da atenção básica no Brasil e na qual as Unidades Básicas de Saúde (UBS) são transformadas em Unidades de Saúde da Família, tendo com um de seus principais objetivos a geração de práticas de saúde que possibilitem a integração das ações individuais e coletivas (SANTOS *et al*, 2008).

Nesse mesmo contexto, de acordo com Santos *et al*, (2008), as UBS são responsáveis pela atenção básica e porta de entrada do usuário no sistema, têm como equipe multiprofissional: um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários.

Dez anos após a implantação da ESF foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica com uma revisão da legislação em função da experiência acumulada e das diretrizes do novo pacto entre as esferas de governo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

A Portaria nº2488/2011, diz que, a Atenção Básica é desenvolvida com base na descentralização, próxima da realidade das pessoas, devendo ser preferencialmente o contato inicial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. A mesma orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. Desta forma, a Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir a atenção integral. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

É nesse contexto, que segundo o Ministério da Saúde (2011), a normatização vigente do SUS define também como estratégia para o cuidado integral a organização de Redes de Atenção à Saúde (RAS) na qual devem ser direcionadas as necessidades de saúde da população.

Assim, as Redes de Atenção à Saúde constituem-se em arranjos organizativos formados por ações e serviços de saúde com diferentes configurações tecnológicas e missões assistenciais, articulados de forma complementar e com base territorial, e têm diversos atributos, entre eles destaca-se: a atenção básica estruturada como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011); compreendendo também a atenção secundária e terciária.

Destacamos assim, que a APS deve se relacionar com os níveis secundários e terciários da saúde uma vez que o SUS prima por práticas de forma equânime, integral e

resolutivo que requer, para o atendimento efetivo dos problemas de saúde da população, a realização de um conjunto de ações articuladas entre os diferentes níveis de complexidade da atenção à saúde.

Segundo Mendes (2010), existe na saúde brasileira uma fragmentação nas relações dos níveis de saúde, dos sistemas de rede, ou seja, os sistemas fragmentados de atenção à saúde são aqueles que se organizam através de um conjunto de níveis de atenção à saúde isolada e incomunicados uns dos outros e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população. Portanto, para esse estudioso a atenção primária à saúde não se comunica fluidamente com a atenção secundária e esses dois níveis também não se comunicam com a atenção terciária à saúde, nem com os sistemas de apoio. Desta forma, a atenção primária à saúde, dentro desse sistema, não pode exercer seu papel de centro de comunicação, coordenando o cuidado.

Mendes (2010) corrobora com Fernandez (2004), que já afirmava que os sistemas fragmentados caracterizam-se pela forma de organização hierárquica; a inexistência da continuidade da atenção; o foco nas condições agudas através de unidades de pronto-atendimento, ambulatorial e hospitalar; a passividade da pessoa usuária; a ação reativa à demanda; a ênfase relativa nas intervenções curativas e reabilitadoras; o modelo de atenção à saúde, fragmentado e sem estratificação dos riscos; a atenção centrada no cuidado profissional, especialmente no médico; e o financiamento por procedimentos.

Portanto, percebemos que a rede assistencial em saúde visa à organização sob os princípios da integralidade e da intersetorialidade.

Destacamos que diante dos desafios de expansão da APS observados nos últimos anos e da necessidade de definições sobre os caminhos da ESF no Brasil é imprescindível consolidar os processos de avaliação deste nível de Atenção; e é nesse contexto que ao envidar esforços para o cumprimento dos princípios da integralidade e da equidade que o MS criou alguns instrumentos de avaliação da qualidade na APS e dentre estes o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AM), que procura induzir a instituição de processos que ampliem a capacidade das gestões federal, estaduais e municipais, além das Equipes de Atenção Básica, em ofertarem serviços que assegurem maior acesso e qualidade, de acordo com as necessidades concretas da população. Sobre este programa veremos mais na subseção 3.2 deste trabalho.

3 INTEGRAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: UMA REALIDADE POSSÍVEL?

Ao falarmos sobre de atendimento em saúde é oportuno refletir sobre como a moderna gestão social pode definir estratégias que viabilizem essa garantia de atendimento com acesso e qualidade. Dentre estas estratégias a integração das redes de atenção e o Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) surgem como alternativas.

3.1 REDES DE ATENÇÃO E A INTEGRALIDADE NA ÁREA DA SAÚDE.

As políticas públicas básicas, tais como: Assistência Social, Educação, Habitação, Saúde, Cultura, Trabalho e Lazer, geralmente são políticas desenvolvidas de forma setorial e desarticuladas. Esse modelo de gestão gera fragmentação da atenção às necessidades sociais das pessoas, assim como, tende a impedir a promoção humana.

A Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080 de 1990 - do Sistema Único de Saúde - SUS, propugnam que a administração do conjunto as políticas públicas e as instituições que as põem em prática atuem em princípios como a descentralização, participação social e integralidade na área da saúde por meio da organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Nesse sentido, destaca-se a importância da integralidade, pois se trata da articulação entre as diversas políticas públicas, por meio do desenvolvimento de ações conjuntas e contínuas visando a de proteção, promoção e recuperação individual e coletiva. Destaque também a atenção para a necessidade da rede de atendimento.

Mas o que seria rede?

O termo rede, como definição básica, origina-se do latim *retis*, e é definido pelos dicionários da língua portuguesa como o “entrelaçamento de fios com aberturas regulares, capazes de formar uma espécie de tecido” (FERNANDES, 2004, p. 8). Essa noção de entrelaçamento e da estrutura reticulada fez com que a palavra rede fosse ganhando novos significados, de modo a ser utilizada nas mais diferenciadas situações.

Segundo Baptista (2000, p. 12) até algumas décadas atrás, usávamos o termo rede na administração pública ou privada para “designar uma cadeia de serviços similares,

subordinados em geral a uma organização-mãe que exercia a gestão de forma centralizada e hierárquica”.

Atualmente, de acordo com Hoffmann *et all* (2000, p. 13), a concepção de rede pressupõe:

(...) o resultado do processo de agregação de várias organizações afins em torno de um interesse comum, seja na prestação de serviços, seja na produção de bens. Neste caso, dizemos que as unidades operacionais independentes são 'credenciadas' e interdependentes com relação aos processos operacionais que compartilham.

Percebe-se que a concepção de rede é perpassada pelo entendimento de “cadeia de serviços similares”, “agregação organizações afins”. No entanto, as concepções de Baptista e Hoffmann *et all* (2000) divergem. O primeiro afirma a ideia de subordinação, centralização e hierarquização; o segundo pressupõem credenciamento e interdependência.

Ainda de acordo com Hoffmann *et all* (2000, p. 13), é de suma importância levar em consideração que ao se falar em rede, temos em mente que esta refere-se a um “sistema aberto e fechado, cujos elementos encontram-se intrinsecamente relacionados por regras, dispositivos, artefatos e situações de comunicação não subordinada”.

Nessa ótica, pensar em rede pressupõe considerá-la como um sistema organizacional capaz de reunir indivíduos e instituições, de forma democrática e participativa, em torno de objetivos ou realizações comuns. A concepção de rede aponta para uma sintonia com a realidade local, com sua cultura de organização social, bem como uma sociedade civil forte e organizada, capaz de se fazer ativa e participativa diante da administração pública.

De acordo com Baptista (2000), rede pode ser classificada como: rede social espontânea; redes sócio comunitárias; rede social movimentalista; redes setoriais públicas e redes de serviços privados.

Vejamos de forma resumida cada uma delas de acordo com Baptista (2000):

- Redes sociais espontâneas – constitui-se nas relações primárias, espontâneas e interpessoais que ocorrem geralmente na família, com amigos, vizinhança, no trabalho, dentre outras. Sua ação ocorre através das relações de reciprocidade, circulação de informações e prestação de serviços imediatos;

- Redes de serviços sócios comunitários – são aquelas que produzem serviços assistenciais de caráter mutualista, tais como: festas comunitárias, mutirões para a construção de moradias, eventos culturais, esportivos, dentre outros;

➤ Redes sociais movimentalistas – são as redes de movimento social de defesa, de vigilância, garantia de direitos e luta por melhores condições de vida e consolidação de direitos. Essas redes assumem o papel de instituintes das novas demandas de justiça, mudanças de paradigmas, evolução sócio educacional e promoção humana;

➤ Redes setoriais públicas ou institucionais ou sócios governamentais – Estruturam-se a partir do espaço público em função de necessidades tidas como direitos dos indivíduos, ou seja, são as que prestam serviços e programas sociais consagrados pelas políticas públicas como educação, saúde, assistência social, previdência social, habitação, cultura, lazer, etc.

➤ Redes setoriais privadas - Por serem de caráter privado, seguem as leis do mercado, oferecendo seus serviços mediante pagamento. As relações sociais que caracterizam as mesmas são definidas por normas precisas, por funções e papéis atribuídos aos indivíduos para realização de serviços.

Portanto, compreende-se que as redes compartilham objetivos e tarefas comuns e, na conectividade, geram dinâmicas capazes de promover a auto-organização.

Tomando como base as diversas classificações acima se pode compreender que o fortalecimento da ideia de organizações em rede representam elementos importantes para a reestruturação necessários a garantia dos direitos de acesso e atendimento a atenção primária em saúde.

Quanto à integralidade, sabe-se que o Sistema Único de Saúde (SUS) possui três princípios organizativos que visa orientar a forma como esse sistema deve funcionar. Os eixos norteadores desses princípios doutrinários são: a universalidade da atenção; a equidade; e a integralidade da atenção.

Para Ministério da Saúde (1990), o princípio da integralidade deve ser entendido como relativo à prática de saúde, interpretada como o ato individual, e também ao modelo assistencial. Desta forma, a mesma é:

[...] o reconhecimento na prática dos serviços de que: cada pessoa é um todo indivisível e integrante de uma comunidade; as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde formam também um todo indivisível e não podem ser compartimentalizadas; as unidades prestadoras de serviço, com seus diversos graus de complexidade, formam também um todo indivisível configurando um sistema capaz de prestar assistência integral (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990, p. 05).

Sendo assim, tem-se que entender que o homem é um ser integral, biopsicossocial, e deverá ser atendido com esta visão integral por um sistema de Saúde também integral, voltado a promover, proteger e recuperar a saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1990).

Para Campos (2003), o conceito de integralidade deve levar em consideração que as pessoas são sujeitos integrais, desta forma, a atenção voltada para elas deve ser totalizadora, levando em conta as dimensões, biológica, psicológica e social. Este modo de entender e abordar o indivíduo são baseados na teoria holística, integral, segundo a qual o homem é um ser indivisível e que, portanto, não pode ser explicado pelos seus componentes, físico, psicológico ou social, considerados separadamente.

A ideia de integralidade enquanto um dos pilares que sustenta a criação do Sistema Único de Saúde, consagrado pela Constituição de 1988, pressupõe uma nova prática de saúde, imbuída no ato e na organização dos serviços. Sendo que a mesma necessita de uma articulação entre a área da Saúde e outras políticas sociais de sociais como forma de “(...) assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e na qualidade de vida dos indivíduos”(CAMPOS, 2003 p. 26).

O conceito transcrito na Constituição Federal de integralidade defende que a mesma pressupõe o atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1988).

Diante do exposto, o cumprimento da integralidade tende a contribuir muito para garantir a qualidade da atenção à saúde uma vez que prevê que as ações ofertadas de promoção da saúde, prevenção dos fatores de risco, assistência aos danos e reabilitação ocorra de forma articulada segundo a dinâmica do processo saúde/doença em todos os espaços organizacionais do sistema de Saúde.

No entanto, Campos (2003) defende que existem alguns desafios na busca do atendimento integral; o primeiro é reestruturar a forma como os distintos estabelecimentos e organizações do setor da Saúde trabalham ainda até os dias de hoje. Desta forma, a mudança dessa prática de saúde deve ocorrer em dois níveis, ou seja, primeiro no âmbito institucional, da organização e articulação dos serviços de saúde; segundo, das práticas dos profissionais da Saúde, no qual o médico é o sujeito, ator primordial, determinante do processo de estruturação das práticas integrais à saúde.

Outro desafio diz respeito ao que se refere à garantia de acesso do indivíduo aos níveis de atenção, sejam elas, primário, secundário ou terciário. Ou seja, a ideia de que níveis com menor grau ou maior de complexidade estejam diretamente relacionados, leva à ideia de que a

atenção primária à saúde apresentar menor grau de dificuldade ou exigir menor grau de conhecimento ou habilitação.

No entanto, para Campos (2003), isso é um grande erro, uma vez que o nível de complexidade mais básico do sistema de saúde geralmente está relacionado à necessidade de conhecimentos mais abrangentes, nas quais são utilizadas intervenções com caráter preventivo, coletivo e comunitário, destinadas a atender aos problemas mais comuns dos usuários. E nesse processo, por envolverem determinação múltipla, necessitam de um conhecimento muito diversificado dos profissionais, pois, nesse nível, trabalha-se segundo a lógica da multicausalidade.

Com relação aos níveis secundário e terciário, estes são mais específicos ou parcelados/especializados, e usam, intensivamente, procedimentos baseados em aparelhos e exames (CAMPOS, 2003).

Para Mattos (2003) a integralidade não deve ser encarada apenas como uma diretriz do SUS, mas uma bandeira de luta em prol das características desejáveis do sistema de saúde em nossa sociedade. É nessa perspectiva que defende três sentidos da integralidade na área de saúde na qual a primeira esta relaciona ao Movimento da Medicina Integral que surgiu nos Estados Unidos que criticava a posição fragmentária e reducionista que os médicos adotavam diante de seus pacientes. Sendo assim, tratava-se da crítica à assistência centrada nas especialidades médicas que girava exclusivamente em torno do órgão doente em detrimento das considerações psicológicas e sociais, ou seja, a integralidade se relacionaria com a atitude dos médicos em não reduzir o paciente ao sistema biológico.

O segundo sentido apontado pelo autor seria a integralidade como modo de organizar as práticas no cotidiano dos serviços de saúde. Neste enfoca-se a crítica à estrutura dicotomizada do sistema de saúde da década de 70¹, ou seja, quando a saúde pública e assistência médica eram abordadas separadamente. É nesse contexto que as ações de saúde ao serem todas incorporadas no mesmo sistema, um Sistema Único, estas tendem barrar as diferenças entre ações preventivas e de assistência, assim como, as equipes de saúde passam a se defrontaram com novas questões como a tensão entre demanda espontânea e demanda programada. E é ai que a integralidade se apresenta como uma forma de organizar os serviços que devem estar abertos a assimilar uma necessidade não programada (Mattos, 2003).

¹ No antigo Sistema Nacional de Saúde (SNS), criado na década de 70, havia a divisão das instituições responsáveis pela Saúde Pública (Ministério da Saúde) e Assistência Médica (Ministério da Previdência Social). Além disso, o arranjo dos serviços de saúde estava centrado nos hospitais. Assim, a assistência médica estava organizada nos hospitais e as ações de saúde pública nos Centros de Saúde (MATTOS, 2001).

Finalmente, o terceiro sentido para a integralidade, abordado por Mattos (2003), se refere aos atributos das respostas governamentais a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos. Esse sentido refere-se ao tipo de resposta que geralmente o governo tende a dar para necessidades de grupos específicos como, por exemplo, a questão da mortalidade materna, da desnutrição, dentre outras. Essas ações, geralmente assumidas através de programas, devem ter como meta a integralidade na assistência, garantindo cuidados preventivos, oferta de medicamentos e encaminhamento quando necessário visando eficácia em todo o processo.

O autor em fim defende que em todo e qualquer sentido que a integralidade seja tomada, a mesma implica em recusa ao reducionismo, à objetivação dos sujeitos e, talvez, em uma afirmação da abertura para o diálogo. Nesse sentido, para Mattos (2003), superar os reducionismos é entender que as necessidades não se reduzem àquelas apreensíveis por uma única disciplina. E é nesse sentido, que tem que se levarem em consideração que os sujeitos envolvidos na saúde têm uma história de vida, aspirações e com sonhos, e sendo assim, a integralidade só se realizará quando procuramos estabelecer uma abertura para o diálogo com o outro em uma relação sujeito-sujeito.

Diante do exposto, percebe-se que a assistência de forma integral requer o empenho da equipe em prestar um atendimento individualizado, estando atento às reais necessidades, mesmo complexa, de saúde da população, assim como, está articulado com cada serviço de saúde e com outras instituições que não necessariamente do referido setor; deve utilizar-se de uma rede diversificada de serviços, já que as possibilidades tecnológicas oferecidas nessa área estão assim distribuídas entre os diferentes níveis de complexidade.

Portanto, a integralidade indica que embora a saúde seja um bem coletivo, a doença tem características individuais; que as necessidades de saúde são sempre históricas, dinâmicas e cambiantes; as necessidades de saúde têm um componente de natureza subjetiva e individual; e a necessidade de saúde não é um conceito suscetível de ser defendido nem pelo indivíduo isolado, nem pela estrutura social colocada de forma genérica.

3.2 PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE DA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ-AB).

Atualmente no Brasil a avaliação em saúde encontra-se em um contexto em que os processos ainda são pouco incorporados e incipientes às práticas, além de possuírem caráter

mais prescritivo, burocrático e punitivo que subsidiário do planejamento e da gestão (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

O chamado “padrão de qualidade” busca afirmar os princípios da “integralidade, universalidade, equidade e participação social” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011) e enfrentar os nós críticos debatidos e assumidos como “situação a ser superada” pela “Saúde Mais Perto de Você”. Assim, tende a ser uma declaração da qualidade esperada e expressa afirmativamente o sentido da política produzida nos espaços tripartite de governança do SUS.

Sendo assim, na área da saúde a avaliação tem como finalidade primordial subsidiar a identificação de problemas e a reorientação de ações e serviços desenvolvidos, dar suporte aos processos decisórios no âmbito do sistema de saúde, avaliar a incorporação de novas práticas na rotina dos profissionais e mensurar o impacto das ações implementadas pelos serviços e programas sobre o estado de saúde da população (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005).

Para Suchman (1967, p.12), a avaliação é “a determinação (baseada em opiniões, documentos, dados objetivos ou subjetivos) dos resultados obtidos por uma atividade que fora estabelecida para realizar um objetivo ou quaisquer objetivos”. Essa definição apresenta um leque muito amplo de métodos. Ao contrário, o critério utilizado aqui é muito específico, ou seja, atingir objetivos.

Por sua vez, Cotta (1998, p. 16) define a avaliação como “a retroação planejada e sistemática de informações necessárias para guiar uma ação futura”. Para essa especialista em planejamento, a finalidade da avaliação não é a mesma para Suchman. Segundo este último, a avaliação torna possível certificar-se de que os objetivos focalizados foram realmente alcançados, enquanto, de acordo com Cotta, a avaliação tem uma intervenção mais ampla, pois permite orientar as decisões e os novos programas. Em outros termos, a avaliação deve ser útil à ação futura.

Para Weiss (1998), a avaliação é a apreciação sistemática do funcionamento e, ou dos resultados de um programa ou de uma política em função de critérios explícitos ou implícitos, de modo a contribuir para a melhoria do programa ou da política. Weiss agrega uma noção nova: a avaliação do funcionamento. Não se trata mais apenas de estar focalizado na obtenção dos objetivos, mas é preciso também analisar os processos para poder aperfeiçoá-los.

Segundo Costa e Castanhar (2002), a avaliação é a coleta e a interpretação sistemáticas de provas (dos dados convincentes) que leva, de modo inerente ao processo, a um julgamento sobre o valor que um programa em uma perspectiva de ação. É a primeira definição a introduzir a noção de juízo de valor (*value*) sobre o próprio valor da intervenção (*worth*).

Para Patton (2002: p. 23), “a avaliação dos programas consiste na coleta sistemática de informação sobre as atividades, as características e os resultados desses programas a fim de emitir julgamentos sobre eles, melhorar sua eficácia e esclarecer as decisões relacionadas a novos programas”.

Rossi, Freeman e Lipsey (2004) definem a avaliação como uma atividade que consiste em “utilizar os métodos de pesquisa das ciências sociais para analisar sistematicamente a eficácia dos programas de intervenção social de um modo adaptado ao seu ambiente político e organizacional, e de maneira a iluminar a ação social tendo em vista a melhoria das condições sociais”. Paradoxalmente, essa definição recente é a mais restrita que os antecedentes e se aproxima da ideia de avaliação dos resultados apresentada por Suchman. Insiste, todavia, também na importância do ambiente e do contexto de intervenção.

Nesse interino, o PMAQ procura contribuir para a superação desses vieses. Para tanto, situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

Portanto, em busca da institucionalização da avaliação e com o objetivo maior de monitorar e avaliar a atenção básica instrumentalizando a gestão e fomentando a cultura avaliativa nas três instâncias de gestão do SUS, o Ministério da Saúde em 2003, por meio da Coordenação de Acompanhamento e Avaliação da Atenção Básica (CAA/ DAB) elaborou uma forma de avaliação de políticas e programas no âmbito do SUS, na qual sua proposta envolve os diversos atores que fazem parte do sistema único, tais como: gestores, profissionais de saúde, usuários do sistema, pesquisadores e técnicos; assim como, estabeleceu de forma clara a definição de responsabilidades dos envolvidos e as formas de financiamento dos processos de avaliação. Foi nesse contexto, que surgiu a Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família² – AMQ - enquanto projeto estratégico que integra essa política de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008) e em 2011 é instituído o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica – PMAQ (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011).

O Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB) situa a avaliação como estratégia permanente para tomada de decisão e ação central para

² A Avaliação para Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família surge com a finalidade de estreitar a relação entre os campos da avaliação e da qualidade no âmbito da mesma, possibilitando aos atores diretamente envolvidos nos municípios a apropriação de princípios, métodos e ferramentas para construção desta história por si mesma (CAMPOS, 2007).

melhoria da qualidade das ações de saúde, sendo esta considerada como atributo fundamental a ser alcançado no SUS. É com essa concepção que a auto avaliação é entendida como ponto de partida da fase de desenvolvimento do PMAQ, uma vez que os processos orientados para a melhoria da qualidade têm início na identificação e reconhecimento das dimensões positivas e também problemáticas do trabalho da gestão e das equipes de atenção à saúde.

Integra-se aos processos auto avaliativos o desenvolvimento de propostas de intervenção e planos de ação, ou seja, a pactuação de ações para a superação dos desafios elencados. O planejamento favorece o monitoramento e a avaliação das ações implementadas, subsidiando a tomada de decisão para o reordenamento ou manutenção das ações.

Nesse sentido, sugere-se que, inicialmente, esse planejamento contemple os problemas elencados como os mais importantes para o grupo. Já as prioridades de ações de intervenção a serem implementadas levam também em consideração seu impacto sobre o problema, a governabilidade dos atores envolvidos, bem como suas capacidades e desejo de mudança.

Alguns passos para o planejamento das intervenções:

- Elencar os principais problemas identificados pelos atores na auto avaliação;
- Escolher os problemas prioritários a serem enfrentados;
- Refletir sobre as causas dos problemas escolhidos e selecionar os nós críticos;
- Buscar estratégias de intervenção para superação dos problemas prioritários;
- Traçar o plano de ação com uso de uma matriz de intervenção identificando responsáveis e prazos de execução;
- Avaliar a viabilidade do plano considerando atores envolvidos e suas competências, habilidades, vontades, entre outros;
- Pactuar com os sujeitos as ações a serem implementadas;
- Definir as estratégias de monitoramento e avaliação das ações a serem implantadas;

O programa, de acordo com Ministério da Saúde (2011) e Pinto, Souza e Florêncio (2012), é organizado em quatro fases, que se complementam e que configuram um ciclo contínuo de melhoria do acesso e da qualidade da ABS e são assim denominadas:

1 - Adesão e Contratualização: etapa de formalização da adesão ao programa, possuindo como um de seus principais aspectos, o caráter voluntário da adesão, associado à ideia de que a qualificação do serviço e mudanças das práticas só se concretizarão em ambientes nos quais os trabalhadores, gestores e usuários sintam-se motivados e se percebam como atores centrais para o seu êxito constituindo para isso espaços de diálogo, negociação e gestão da mudança pactuada em cada contexto;

2 – Desenvolvimento: fase compreendida como a etapa central do programa, sendo a etapa de operação da mudança realizada fundamentalmente pelas Equipes de Atenção Básica (EAB) e gestão municipal, e aposta na ampliação da capacidade de análise do coletivo, através das estratégias de auto avaliação e monitoramento, e no fortalecimento da capacidade de ação do mesmo, através dos suportes proporcionados pela educação permanente e apoio institucional.

3 - Avaliação Externa: é o momento de realização da Avaliação Externa, na qual, a partir do levantamento de um conjunto de informações sobre as condições de acesso e de qualidade das EAB, se certificará as equipes participantes do programa, reconhecendo e valorizando os esforços e resultados obtidos pelas EAB e gestores municipais no processo de qualificação da ABS. No processo de Avaliação Externa, as equipes serão avaliadas considerando elementos relacionados à gestão para o desenvolvimento da atenção básica; a estrutura e condições de funcionamento das UBS; a valorização dos trabalhadores; o acesso e qualidade da atenção e organização do processo de trabalho; e a utilização, participação e satisfação dos usuários.

4 – Recontratualização: é aquela em se pretende conectar tudo aquilo que foi desenvolvido durante as fases anteriores e aquelas que virão, a partir de um processo de retroalimentação no qual os avanços e entraves servem como balizadores para a recontratualização e seguimento do processo permanente de qualificação da atenção básica.

Destaca-se que as quatro estratégias propostas se articulam para ampliar a capacidade de análise e de gestão de um coletivo que deve protagonizar a mudança das condições, relações e Práticas na Atenção Básica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011; PINTO, 2012).

Portanto, é com base nos resultados atingidos pelas equipes que há possibilidade de se identificar tendências que nortearão a construção de novas estratificações, levando em consideração a realidade das regiões, a área de localização das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e outras questões que aumentarão a possibilidade de comparações mais equitativas.

4 METODOLOGIA

A metodologia de pesquisa, para Minayo (2003, p. 16) “é o caminho do pensamento a ser seguido. Ocupa um lugar central na teoria e trata-se basicamente do conjunto de técnicas a ser adotada para construir uma realidade”. A pesquisa é assim, a atividade básica da ciência na sua construção da realidade.

4.1 TIPO DE ESTUDO

Tendo em vista a natureza do problema e os objetivos apresentados neste trabalho, realizamos uma pesquisa do tipo exploratório e explicativo com abordagem quantitativa.

De acordo com Gil (2002), as pesquisas podem ser classificadas em três grandes grupos: pesquisa exploratória, descritiva e explanatória ou explicativa.

Vergara (2006, p.47) mostra que a pesquisa exploratória é aquela realizada em uma área onde ainda existe pouco conhecimento acumulado e organizado. Esse tipo de pesquisa tem como principal objetivo oferecer uma maior familiaridade com o problema, visando exclusivamente torná-lo mais explicativo. Ela deve envolver: pesquisa bibliográfica, entrevista e análises de exemplos que estimulem a compreensão.

Quanto ao caráter descritivo, Vergara (op. cit) afirma que a pesquisa exploratória apresenta características sobre determinado fenômeno, estabelecendo também uma correlação entre as variáveis, além de definir sua natureza. Ela não tem o objetivo de explicar os fenômenos que descreve, embora também sirva de base para tal explicação. Preocupa-se com a descrição de características ou funções e tem como objetivo primordial a descrição de características de determinados fenômenos. No entanto, o pesquisador precisa saber exatamente o que pretende com a pesquisa, ou seja, quem ou o que precisa medir, quando e onde o fará, como fará e porque deverá fazê-lo.

A pesquisa explanatória ou explicativa, de acordo com Gil (2002), é a que mais busca aprofundar o conhecimento baseado na realidade. Tem como preocupação maior identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a concorrência de fenômenos.

Do ponto de vista da abordagem, existem duas perspectivas para a realização de uma pesquisa: a pesquisa quantitativa e a pesquisa qualitativa.

Para Seabra (2001), o método quantitativo se utiliza de técnicas estatísticas e requer o emprego de estudos descritivos e de relação de causalidade entre os fenômenos para dar maior

precisão aos resultados e aumentar a margem de segurança da pesquisa. O método qualitativo aborda elementos mais profundos nas relações, processos e fenômenos que, muitas vezes, não podem ser identificados por meio de cálculos matemáticos, sendo necessário um maior envolvimento do pesquisador com o respondente.

Nessa ótica, a pesquisa quantitativa tem o objetivo de colher informações, dados, indicadores e tendências referentes ao objeto em estudo. A pesquisa qualitativa é mais subjetiva e trabalha com valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões.

Portanto, o presente trabalho, que foi aplicado com o objetivo de analisar a integração das redes de atenção à saúde, na perspectiva do PMAQ-AB, embasou-se, para a coleta de dados, em uma pesquisa de campo e em técnicas estatísticas.

4.2 LOCAL E PERÍODO DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada em 422 municípios dos Estados do CE, PI e RN que aderiram ao PMAQ-AB, sendo realizada nos meses de outubro a dezembro de 2013.

4.3 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O presente estudo não necessitou tramitar pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), pois já tinha seu banco de dados aprovado pelo CEP da Universidade Federal do Rio Grande do Sul sob o nº 21904 em 13/03/2012, em consonância com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foi adotado como suporte de coleta de dados, a coleta e a análise de dados secundários pertencentes ao banco de dados do PMAQ-AB do Ministério da Saúde, dentre eles destacamos o Módulo I que trata sobre a observação da infraestrutura e censo das unidades básicas de saúde, ou seja, ambiência das unidades, o Módulo II que aborda a entrevista com o profissional responsável pela EAB e o Módulo III que adota as entrevistas

para análise da satisfação realizada com usuários na Unidade de Saúde. A pesquisa trabalhará com a Unidade de Análise a Gestão, em sua Dimensão de Gestão Municipal e sua Sub dimensão a Organização da Rede de Atenção á Saúde. Vale salientar que estes dados foram disponibilizados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN em consonância com o Ministério da Saúde.

Assim, com base nestes Instrumentos, buscou-se a lógica do exercício prático dos processos de planejamento e execução das Políticas de Atenção e Gestão do Cuidado, enquanto eixos fortalecedores dos processos de trabalho das Equipes de Saúde da Família.

4.5 UNIVERSO E AMOSTRA

O universo desse estudo parte da cobertura de todos os municípios do Estado do Rio Grande do Norte, Ceará e Piauí, mediados pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte, conforme apresentado na tabela 1.

TABELA 1: Municípios dos Estados do Ceará, Piauí e Rio Grande do Norte que aderiram ao PMAQ e percentual de equipes que aderiram ao mesmo.

UF	TOTAL DE MUNICÍPIOS	MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PMAQ	% ADESÃO DOS MUNICÍPIOS	TOTAL EQUIPES	EQUIPES QUE ADERIRAM AO PMAQ	% ADESÃO DAS EQUIPES
CE	184	171	92,9	1.869	920	49,2
PI	224	136	60,7	1.092	371	34,0
RN	167	115	68,9	865	411	47,5
NUCLEADORA	575	422	73,4	3.826	1.702	44,5

FONTE: PMAQ-2013

4.5 ANÁLISES DOS DADOS

Após a definição do tipo de pesquisa, é necessário que se escolha o melhor método de coleta de dados a ser utilizado para, logo após, examinar, categorizar, tabular ou novamente combinar as evidências.

Sendo assim, os dados foram tratados através da análise quantitativa, utilizando-se de tabelas de porcentagem e frequência diante os instrumentais que foram utilizados, ou seja:

banco de dados disponibilizado pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte/UFRN em consonância com o Ministério da Saúde.

Destaca-se que nesse estudo a análise descritiva dos dados foi realizada por meio de frequências absolutas e relativas das variáveis, através do programa Statistic Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, versão 22.0.0.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Nessa sessão serão apresentados os resultados desse estudo. No entanto, inicialmente será apresentado o total de municípios de cada Estado que aderiram ao PMAQ-AB como apresentado na tabela 2.

TABELA 2: Distribuição de municípios que aderiram ao PMAQ em 2013 nos Estados do CE, PI e RN com suas equipes.

UF	MUNICÍPIOS QUE ADERIRAM AO PMAQ	TOTAL EQUIPES	EQUIPES QUE ADERIRAM AO PMAQ	% ADESÃO DAS EQUIPES
CE	171	1.869	920	49,2
PI	136	1.092	371	34,0
RN	115	865	411	47,5
NUCLEADORA	422	3.826	1.702	44,5

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

Percebe-se que em um total de 575 municípios avaliados pela nucleadora a sua maior concentração encontra-se no Estado do Ceará, onde tivemos um total de 920 equipes que aderiram ao PMAQ, perfazendo um total de 49,2% das equipes ultrapassando a média da nucleadora que alcançou o patamar de 44,5%, assim como dos demais Estados.

Em contra partido, as equipes que menos aderiu foi as do Estado do PI, com 34% de adesão.

5.1 EQUIPE QUE MANTÉM REGISTRO DOS USUARIOS DE MAIOR RISCO ENCAMINHADOS PARA OUTROS NÍVEIS DE ATENÇÃO.

Fazendo a análise a partir do Módulo II da avaliação do PMAQ, onde temos a Atenção Básica de Saúde como coordenadora do cuidado na Rede de Atenção à Saúde e nesse bloco, foi avaliada a forma de atuação dessas equipes nesse processo de coordenação, como as equipes mantêm registros de usuários de maior risco encaminhados para outros níveis de atenção dentro de seu território. Questionamento registrado através da tabela 3 e gráfico 1 que mostra essa discussão.

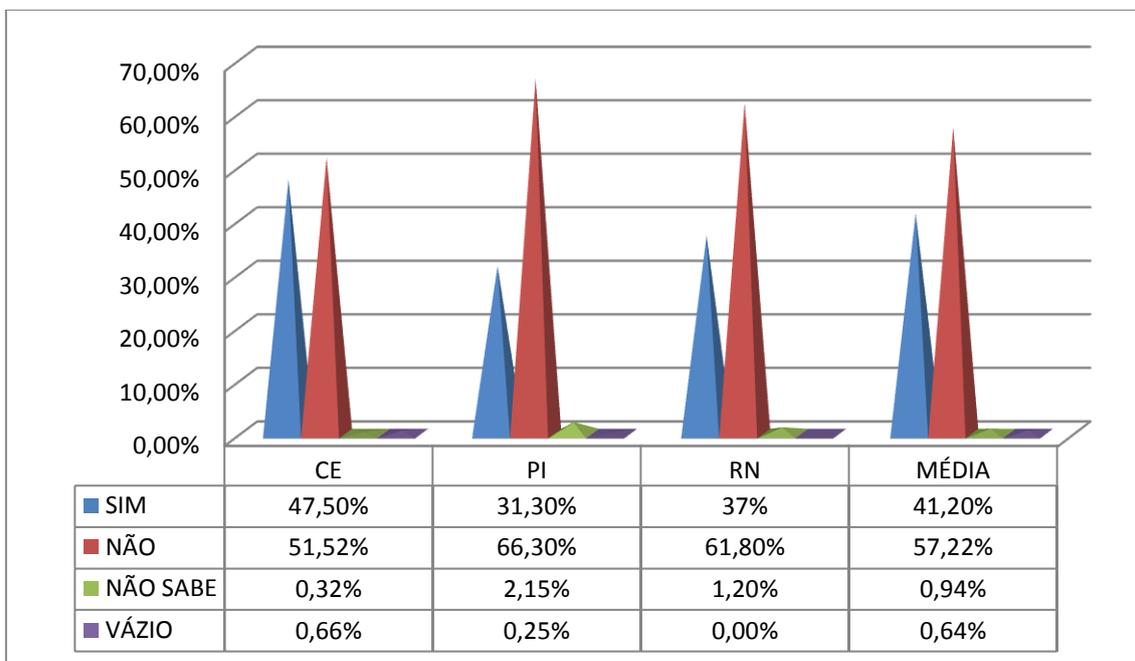
TABELA 3 - Frequência absoluta com que as equipes registram os usuários que possuem maior risco de encaminhamento para outros níveis de atenção nos Estados do CE, PI e RN.

UF	SIM	NÃO	NÃO SABE	VÁZIO
CE	437	474	03	06
PI	116	246	08	01
RN	152	254	05	-
TOTAL	701	974	16	07

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013

Diante dos dados apresentados temos em mais da metade das equipes que aderiram ao PMAQ não possuem registro dos encaminhamentos de seus usuários de maior risco para outros níveis de atenção dentro de seu espaço de trabalho, isso claramente pode vir a comprometer o cuidado, já que essas equipes encontram-se como coordenadoras e tendo a Atenção Básica como entrada na Rede de Atenção. Para uma melhor avaliação por visualização apontamos esses dados sob instrumentos gráficos e de forma percentual através do gráfico 1.

GRÁFICO 1: Apresenta de forma percentual a frequência com que as equipes mantêm registro dos usuarios de maior risco encaminhados para outros níveis de atenção.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

Trazendo para discussão o aspecto de manutenção dos registros dos usuários de maior risco de encaminhamento para outros níveis de atenção, evidencia-se que no Estado do PI apresenta-se com uma maioria em que as equipes não mantêm registros de usuários de maior risco, ultrapassando a média entre os Estados avaliados. Nesse aspecto percebe-se que as ESF no Estado do PI apresentam um total de 66,30% das ESF não mantêm registro dos usuários.

Apontando o Estado do CE, onde 47,50% das ESF apresentam que possuem registros e que 0,32% de suas ESF apontam que não sabem da existência dos registros e que 0,66% não apontaram absolutamente nada.

Já no Estado do RN, tem-se que 37,00% das ESF apresentam a assertiva de que possuem registro dos usuários contra 61,80% das ESF não possuem esses registros, apresentando ainda 1,2% das ESF não souberam informar.

Entendendo a Atenção Básica de Saúde como a base dos serviços de saúde, ou seja, “porta de entrada” tem-se uma atenção voltada para Atenção Básica de Saúde podendo ser coordenadora do cuidado, pois é na Atenção Básica de Saúde que deve ser pautada as necessidades dos usuários e seus respectivos registros.

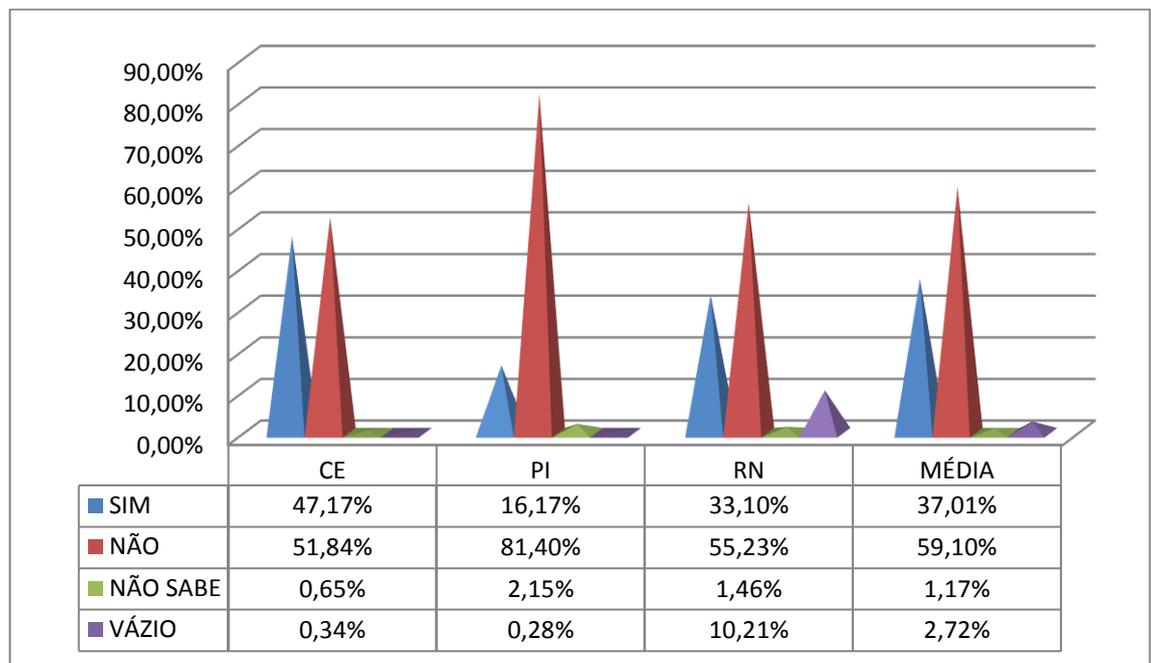
As evidências apontam que a Atenção Primária de Saúde pode resolver 85% das necessidades de saúde de uma dada população, ou seja, na base do sistema (STARFIELD, 1994). Nesse aspecto precisa-se deixar claro que há uma grande importância da disponibilidade das informações seja sobre o usuário, sua história de vida, seus problemas, a urgência em que buscou os serviços de saúde, as ações realizadas, os recursos disponíveis, assim como, a utilização da informação por registros facilmente identificados, pela presença de informações prévias, pelos instrumentos e, ou mecanismos de referência e contra-referência e as próprias recomendações escritas dos usuários.

Sendo um grande desafio ter ABS como coordenadora do cuidado, ocupando esse papel dentro do sistema, precisa-se reconhecer as vantagens que estão associadas a essa coordenação para uma melhor identificação dos problemas de saúde; melhor adesão a tratamentos, dietas, execução de exames e consultas de encaminhamento; menos hospitalizações; e menor solicitação de exames complementares (STARFIELD 2002).

5.2 EQUIPES QUE POSSUEM OU NÃO PROTOCOLOS QUE ORIENTEM A PRIORIZAÇÃO DOS CASOS QUE PRECISAM DE ENCAMINHAMENTO.

Entendendo a protocolização como instrumento de melhoria da qualidade assistencial, percebe-se no gráfico 02 que em 59,10% das ESF não dispõem de protocolos, destacando o Estado de PI com maioria no qual concentra 81,40% das ESF que não dispõem de protocolos assistenciais que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamentos.

GRÁFICO 02 - Percentual de equipes que possuem ou não protocolos que orientem a priorização dos casos que precisam de encaminhamento.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

O Estado do CE é o que melhor apresentou esse indicador, revelando 47,17% das ESF que dispõem de protocolos assistenciais. E o Estado do RN, onde em 55,23% de suas ESF afirmaram não possuírem protocolos para encaminhamentos dos casos de maior risco.

Isso reflete nas Redes de Atenção à Saúde, pois os instrumentos utilizados, como os protocolos assistenciais fazem uma grande diferença tanto na porta de entrada do sistema, como na atenção secundária, onde temos um encaminhamento realizado com uma maior segurança e responsabilização dos profissionais, pensando assim no usuário.

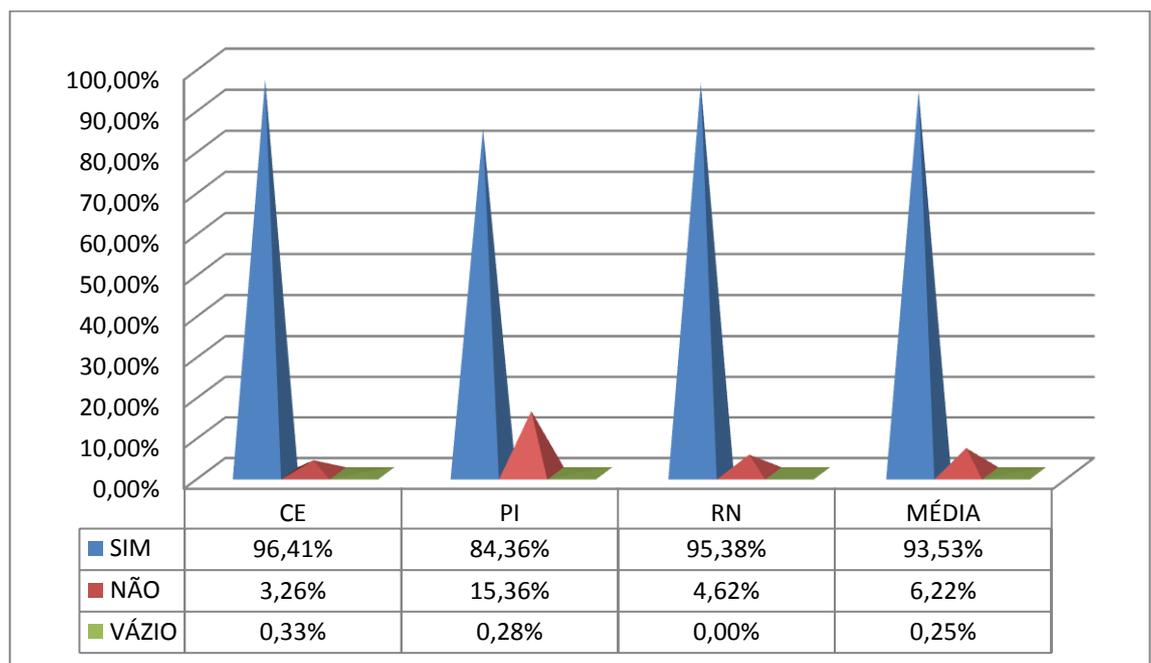
Tendo o entendimento que os protocolos podem ser clínicos ou de organização dos serviços e fazendo uma abordagem clínica, o Ministério da Saúde afirma que os mesmos são desenvolvidos com o intuito de auxiliar no manejo de um problema de saúde, numa circunstância clínica específica, preferencialmente baseada na melhor informação científica. Sendo assim, são importantes ferramentas de orientações concisas para serem utilizados tanto no nível ambulatorial como hospitalar (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

5.3 CENTRAL DE REGULAÇÃO DISPONÍVEL PARA O ENCAMINHAMENTO DOS USUÁRIOS PARA OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO.

Sabemos que para a efetividade da atenção básica e especializada é fundamental a busca de maior integração e organização dos serviços de saúde redirecionando suas ações e serviços.

Nesse sentido, percebendo que no gráfico a seguir identificamos que em mais de 93% das equipes em nível de média há disponibilização de Central de Regulação para encaminhamento dos usuários para os demais níveis da atenção.

GRÁFICO-03 Distribuição percentual de Central de Regulação disponível para o encaminhamento dos usuários para os demais níveis de atenção nos Estados do CE, PI e RN.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

Avaliando os Estados isoladamente, temos um nivelamento dos indicadores nos Estados do RN e CE quanto à disponibilização da Central de Regulação enquanto que o Estado do PI é o que se apresenta com indicador inferior em relação aos demais, onde atinge a marca de 84,36% das equipes afirmam possuírem Central de Regulação.

Isso demonstra que a implantação da Política Nacional de Regulação tem ganhado destaque vinculando-se as novas formas de gestão pública a fim de prover o acesso dos cidadãos a todas as ações e serviços necessários para a resolução dos seus problemas de saúde, otimizando os recursos disponíveis e reorganização e qualidade a assistência.

A Portaria GM/MS nº. 1559/2008 instituiu a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, que organiza a regulação em saúde em três dimensões de atuação, integrado entre si: Regulação dos Sistemas de Saúde; Regulação da Atenção à Saúde e Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial. Têm como objeto os sistemas municipais, estaduais e nacional de saúde, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, definindo a partir dos princípios e diretrizes do SUS, macro diretrizes para a Regulação da Atenção à Saúde e executando ações de monitoramento, controle, avaliação, auditoria e vigilância desses sistemas.

Segundo as diretrizes emanadas da Norma Operacional da Assistência a Saúde/SUS - NOAS 01/2002, a Regulação assistencial é definida como “a disponibilização da alternativa assistencial mais adequada à necessidade do cidadão, de forma equânime, ordenada, oportuna e qualificada, efetivada por meio de Complexos Reguladores”. Articulada com a avaliação das necessidades de saúde, planejamento, regionalização, programação e alocação de recursos da Programação pactuada e Integrada (PPI), além das ações de controle e avaliação.

5.4 CENTRAIS DE MARCAÇÃO DISPONÍVEIS.

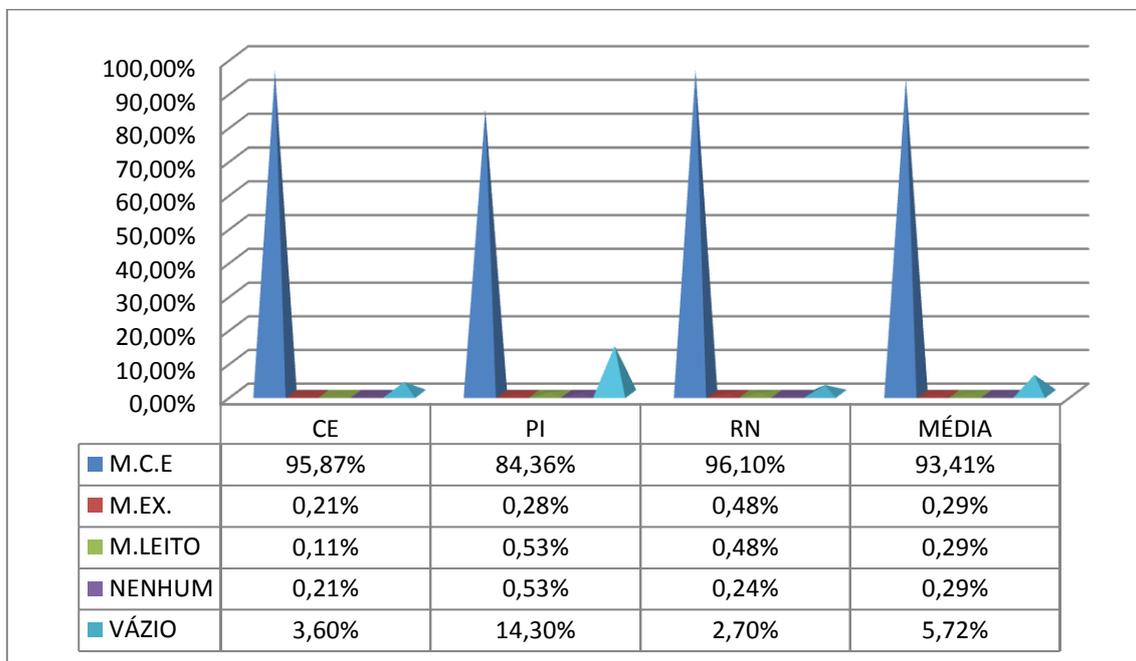
Quando se avalia os tipos de Central de Marcação, percebe-se a existência nas Equipes de Saúde da Família de Central de Marcação de Consultas Especializadas – M.C.E, Central de Marcação de Exames – M.EX e a Central de Marcação de Leitos – M.LEITO. Esses foram os questionamentos apontados nos processos avaliativos para as equipes e tivemos como resultados apresentados na tabela 4 e no gráfico 4.

TABELA 4 – Distribuição das centrais de Marcação de Consultas Especializadas, exames e leitos nos Estados do CE, PI e RN.

UF	C.C.E	M.EX.	M.L	NENHUM	VÁZIO
CE	882	02	01	02	33
PI	313	01	02	02	53
RN	395	02	02	01	11
TOTAL	1590	05	05	05	97

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

GRÁFICO 4 – Distribuição percentual das Centrais de marcação de consultas especializadas, exames e leitos nos Estados do CE, PI e RN



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

E nesse aspecto percebe-se a existência em mais de 93% das ESF de Central de Marcação de Consultas Especializadas, quando se faz a avaliação tendo por base a média entre os Estados. O Estado do CE apresenta-se com um maior indicador de Central de Marcação de consultas Especializadas - M.C.E, onde atinge um percentual de 95,87%, ou seja, em mais de 95% das ESF do Estado do CE há existência de M.C.E.

Quando parte-se para avaliar a Marcação de Exames, percebe-se que em apenas 0,29% das ESF em nível da média entre os Estados, possui M.EX exclusivamente, nesse aspecto, prevaleceu o Estado do RN, quando apresentou esse indicador superior a média dos demais Estados.

A partir da observação dos dados apontados observa-se que em se tratando de Marcação de Leitos, tem-se uma média de 0,29% das ESF possuem esse tipo de marcação exclusivamente, porém também se evidencia um nivelamento nos Estados do RN e PI, perfazendo um total de 0,48% do total das ESF no RN fazem esse tipo de marcação.

Merece atenção o aspecto em que nenhuma das ESF apontaram à existência de instrumentos, ou espaços destinados a marcação, seja de consultas especializadas, exames ou até mesmo de leitos, onde tem-se o Estado do PI com o pior indicador, ou seja, 0,53% das ESF apontaram não possuem nenhum tipo de marcação de referência assistencial, apresentando assim um das fragilidades do sistema.

Um maior destaque fica para o espaço vazio que foi apontado pelas ESF e infelizmente em 14,30% das ESF do Estado do PI, tiveram esse indicador com primordial, ou seja, as ESF não reconhecem interação entre as redes assistenciais, mantendo a Atenção Básica de Saúde não com “porta de entrada”, mas como um espaço de parada desse usuário, onde não se tem respostas as suas necessidades e não o vendo na sua integralidade.

A importância do fazer diferente, refletir e direcionar as ações de saúde diante da necessidade do usuário percebe se que o princípio da integralidade, enquanto uma das bases norteadoras do SUS foi ferida na hora em que as ESF aqui representadas não conseguem dá a resposta às necessidades da população sob sua responsabilidade ou aqueles que buscam seus serviços na perspectiva de uma resolução.

5.5 EXISTEM FICHAS DE ENCAMINHAMENTOS DOS USUÁRIOS PARA OS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO?

Trazendo a percepção de Hoffman *et all* (200, p. 13), quando de fala em Redes , o mesmo afirma que neste contexto são de suma importância levar em consideração os instrumentos que fazem parte das redes, referindo-se aos sistema aberto e fechados, em cujos elementos, como encaminhamentos, dentre outros estão intrinsecamente relacionados.

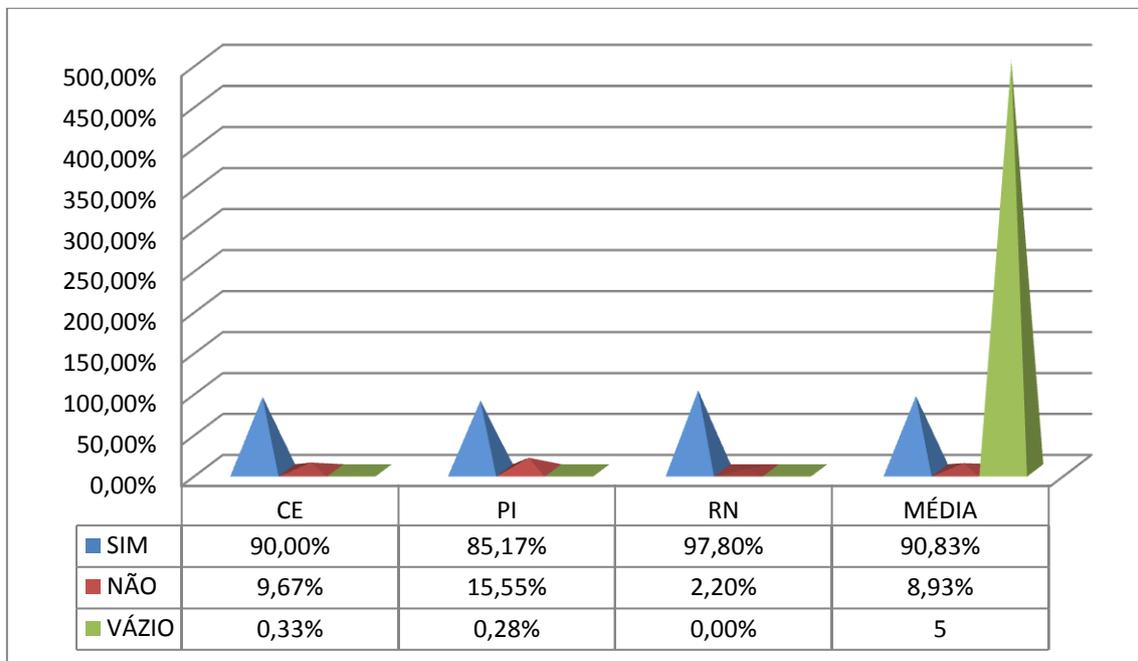
Assim, observando a tabela 5 a seguir e o gráfico5, onde se evidencia as Equipes de Saúde da Família que possuem fichas de encaminhamento dos usuários para os demais níveis de atenção, percebemos que há uma superioridade no Estado do RN, onde temos um percentual de 97,80% das ESF nas quais apontam que possuem esse tipo de instrumento que regula o caminhar do usuário nas RAS, superando a média estabelecida pela entre os Estados do CE, PI e RN que atingiu um total de 90,83% das ESF.

TABELA 5 – Frequência absoluta de equipes que possuem fichas de encaminhamentos dos usuários para outros níveis de atenção nos estados do CE, PI e RN.

UF	SIM	NÃO	VÁZIO
CE	828	89	03
PI	316	54	01
RN	402	09	-
TOTAL	1546	152	04

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

GRÁFICO 5 – Frequência percentual de equipes que possuem fichas de encaminhamentos dos usuários para outros níveis de atenção nos estados do CE, PI e RN.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

O Estado do PI aponta que 15,55% das ESF não possuem esse instrumento.

Percebe-se que através dessa análise há uma necessidade de fortalecimento das RAS, tendo mais uma vez a percepção que o usuário não foi atendido de forma integral.

5.6 A EQUIPE POSSUI DOCUMENTOS CONTENDO AS REFERENCIAS E FLUXOS PACTUADOS PELA GESTÃO MUNICIPAL PARA OS ATENDIMENTOS DE USUÁRIOS DO TERRITÓRIO DA EQUIPE?

Entendo pactuação enquanto uma maneira em que os gestores do SUS, assumem nas três esferas de gestão compromissos sanitários com uma maior ênfase nas necessidades de saúde dos usuários.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde é um processo instituído no Sistema Único de Saúde - SUS, onde a gestão pode definir e quantificar as ações de assistência à saúde a nível ambulatorial e hospitalar de sua população, bem como efetivar os pactos Inter gestores para garantir o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

A Programação Pactuada e Integrada da Assistência em Saúde tem por objetivo organizar toda a rede de assistência, dando visibilidade aos fluxos estabelecidos e definidos a partir de parâmetros pactuados, os limites financeiros destinados à assistência da população própria e das referências recebidas ou referenciadas para outros municípios.

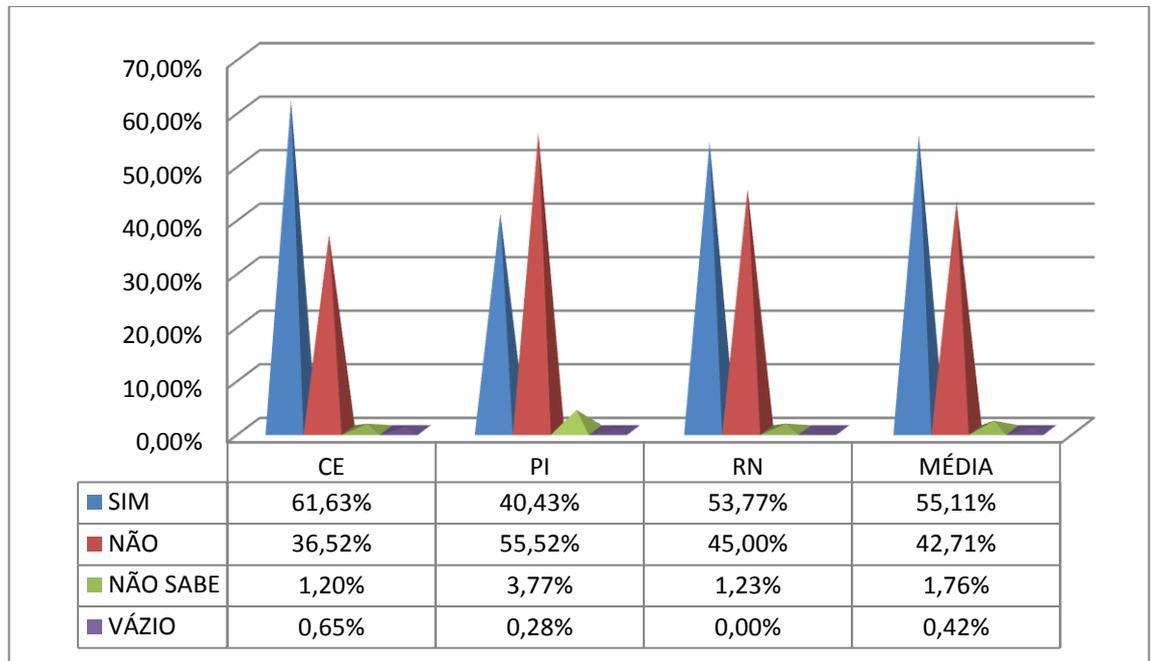
Os pactos geralmente são elaborados sob indicadores e, ou parâmetros previamente estabelecidos. Quando esses pactos partem para ações prioritárias ou estratégicas como no caso da Programação Pactuada e Integrada – PPI, como por exemplo, onde serão elaboradas todas as necessidades assistências dos usuários e seu desenho dentro das RAS é que percebe-se que nesse indicador o usuário mais uma vez não consegue ser visualizado em sua integralidade.

TABELA 6 – Distribuição de Equipes de Saúde da Família nos Estados do CE, PI e RN que possuem as referências e fluxos pactuados pela gestão para seu território.

UF	SIM	NÃO	NÃO SABE	VÁZIO
CE	567	336	11	06
PI	150	206	14	01
RN	221	185	05	-
TOTAL	938	727	30	07

FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

GRÁFICO 6 – Distribuição percentual de Equipes de Saúde da Família nos Estados do CE, PI e RN que possuem as referências e fluxos pactuados pela gestão para seu território.



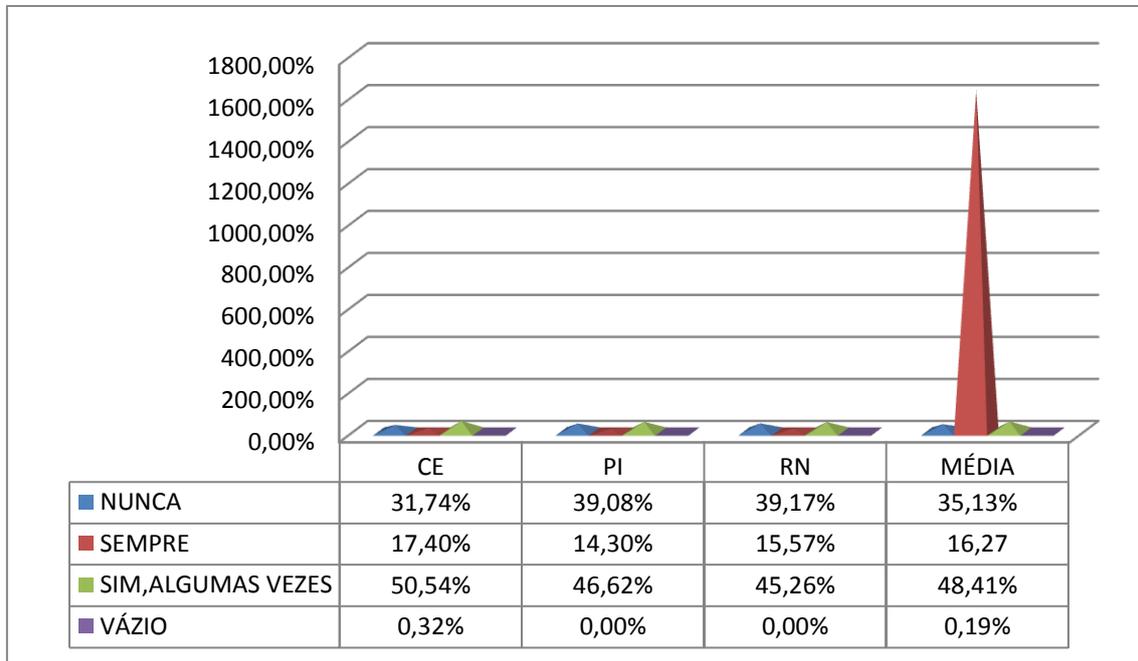
FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013c.

O gráfico aponta que em 55,52% das ESF do Estado do PI não dispõe de documentos contendo as referências e fluxos pactuados pela gestão municipal, ficando assim um vazio assistencial, pois esses usuários geralmente serão penalizados por não terem um destino adequado dentro da RAS nesses municípios.

Já avaliando as ESF que dispõe dessas informações percebe-se que o Estado do CE apresenta um indicador de 61,63% nas quais suas ESF possuem os documentos e ou reconhecem a RAS, quando supera a cobertura média entre os Estados avaliados que atingiu um percentual de 55,11% e o Estado do RN as ESF representadas por 53,77% apontam possuírem os documentos dos fluxos assistenciais.

5.7 FREQUÊNCIA COM QUE OS PROFISSIONAIS DE ATENÇÃO BÁSICA ENTRAM EM CONTATO COM ESPECIALISTAS PARA TROCAR INFORMAÇÕES SOBRE OS SEUS PACIENTES ENCAMINHADOS.

GRÁFICO 7 – Frequência com que os profissionais de Atenção Básica entram em contato com especialistas para trocarem informações sobre os seus pacientes encaminhados para outros níveis de atenção.



FONTE: Avaliação Externa do PMAQ-AB, 2013.

Quantificando a frequência com que os profissionais de atenção básica entram em contato com especialistas para trocarem informações sobre os seus pacientes encaminhados, percebe-se, por meio das respostas, que há uma variação quando as ESF apontam que nunca, sempre, algumas vezes e encontra-se até aquelas ESF que deixaram vazio essa informação.

No Estado do PI as ESF em um total de 39,08% nunca buscam essas informações; Nos Estados do RN e CE, os mesmos apresentaram os indicadores respectivamente 39,17% e 31,74% das Equipes nunca buscam informações sobre seus pacientes, comprometendo assim a integralidade assistencial.

Nesse gráfico o único indicador que ultrapassa 50,54% das ESF aponta que buscam às vezes esse contato foram as ESF do Estado do CE.

Diante do exposto, percebe-se a existência de uma fragmentação nas relações das redes e dos níveis de atenção à saúde na realidade dos Estados estudados, assim como, da inexistência da continuidade da atenção voltada para os usuários tal qual revelam Mendes (2010) e Fernandez (2004).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo, percebe-se que as Redes de Atenção à Saúde devem estar organizadas para responderem às necessidades, e ou as demandas dos usuários, sendo assim devem estar articuladas sobre as necessidades de saúde da população que deveriam ser expressas em situações demográficas e epidemiológicas.

Há, portanto, uma relação muito estreita entre a transição das condições de saúde e a transição dos sistemas de atenção à saúde, vez que, ambos, constituem a transição da saúde (SCHRAMM *et al.*, 2004).

Essas situações demográficas e epidemiológicas que estão inseridas sobre um dado território que não seria mero espaço geográfico, mas um recorte territorial de interação entre pessoas que se encontram sobre uma dada unidade básica de saúde, que se insere uma Equipe de Saúde da Família, que por sua vez acomoda áreas de abrangências dos agentes comunitários de saúde, então pensar em aperfeiçoar redes de serviços é pensar sobre esse território, melhorando os mecanismos de co-responsabilização entre os profissionais e os clientes que desses serviços necessitam na perspectiva de melhoria de sua saúde, assim como, as ações de gerenciamento e gestão das ações de saúde devem estar articuladas para se ter uma melhoria dessa qualidade assistencial.

Uma Rede de Atenção à Saúde na Atenção Básica que possa dar resposta as necessidades de saúde dos usuários deve ser aquela que possua fácil acesso, disponibilização em quantidade e qualidade de serviços de saúde prestados. E para que esse ideal ocorra há necessidade de uma maior articulação entre outros setores, como: ONGs, trabalhar educação em saúde na perspectiva do Programa de Saúde na Escola como espaço de construção de um novo na própria escola, uma maior relação entre os serviços de média e alta complexidade tecnológica e não deixando de expor que a gestão precisa estar inserida em todos os espaços para se buscar um melhor resultado.

Citando como proposição para a consolidação das Redes de Atenção à Saúde, alguns aspectos de acordo com Mendes (2010), merecem destaque, como:

- Implantação de Redes Temáticas como estratégia de melhorar a efetivação nos serviços de saúde voltados a grupos prioritários e doenças mais prevalentes, onde o Ministério da Saúde passa a trabalhar com as cinco redes de atenção à saúde;

- Implementação de Linha Cuidada como esforço das redes temáticas na construção de uma melhor qualidade assistencial;

- Melhoria do serviço de Atenção Matricial, oferecendo retaguarda as equipes da Atenção Básica de Saúde em seus limites assistenciais.

Assim, para uma melhor efetivação das Redes de Atenção à Saúde nos Estados do CE, PI e RN, faz-se necessário a criação de um sistema logístico capaz de fazer com que os usuários sejam identificados através de um simples cartão de identificação até a composição de seu histórico, como por exemplo, de ações relevantes a sua assistência integral em outros níveis de atenção a saúde como a média e alta complexidade assistencial por um prontuário eletrônica.

Melhoria do sistema de regulação das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de ajustes, tendo como o cadastramento de todos os serviços da RAS, definição das normas e regras para acesso assistencial e utilização de protocolos clínicos e assistenciais, assim como de regulação, o monitoramento e avaliação das ações dos serviços de saúde e correção de suas distorções.

Essas sugestões refletem o que o Ministério da Saúde vem apontando, mas ainda não temos concretude, pois há um longo caminho a ser percorrido e a estratégia mais viável percebe que seja ter a ABS como “porta de entrada” das RAS e como melhoria da qualidade assistencial e de saúde de uma população que tanto tem buscado melhorar sua qualidade de vida e de saúde.

Sabe-se que existem algumas limitações nesse estudo: impossibilidade de esgotar o assunto; os resultados da amostra da pesquisa de campo, por ter sido realizada somente em três Estados do nordeste do Brasil, é só uma ressalva; No entanto, espera-se que esse estudo venha contribuir com outras novas pesquisas referentes a essa temática, pois, compreende-se que mais estudos e novas abordagens relacionadas à mesma devam ser realizados, uma vez que o mesmo provoca muitas discussões.

REFERÊNCIAS

- ALVES, G. G. AERTS, D. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciência & Saúde Coletiva**, 16(1):319-325, 2011.
- BAPTISTA, M. **Planejamento Social: intencionalidade e instrumentação**. São Paulo: Veras, 2000.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **ABC do SUS - Doutrinas e princípios**. Brasília. Ministério da saúde. 1990.
- _____. **Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica**. Brasília. Ministério da Saúde. 2003.
- _____. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos Municípios**. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Secretários Municípios de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Portaria 648/GM de 28 de março de 2006..** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2006.
- _____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Atenção Primária e Promoção da Saúde** / Conselho Nacional de Secretários de Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.
- _____. Grupo Hospitalar Conceição/Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais. Manual Operacional**. Porto Alegre: 2008. .
- _____. **Avaliação Para a Melhoria da Qualidade da Estratégia Saúde da Família: Documento Técnico**. Brasília, 2008.
- _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) – **Manual Instrutivo**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- CAMPOS, C. E. A. A Melhoria Contínua da Qualidade nos marcos do Projeto AMQ-ESF **Revista Brasileira Saúde da Família**. 2007 Jan/Mar, n. 13, p.47.
- _____. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Cienc. Saúde Colet.**, v.8, n.2, p.569-84, 2003.
- CECÍLIO, L.C.O; E MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003.

CONILL, E. M. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 (5):1417-1423, set-out, Rio de Janeiro, 2008.

CORDEIRO, H. O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS. **Cadernos Saúde da Família**, 1(1): 13-18, 1996.

COSTA F. L., CASTANHAR J. C. **Avaliação de programas públicos: desafios metodológicos**. In: VII Internacional del CLAD sobre la reforma del estado y de la Administración Pública, Lisboa, Portugal, 2002.

COTTA, T.C. Metodologias de Avaliação de Programas e Projetos Sociais: análises de resultados e impactos. **Revista do Serviço Público**. Brasília, v. 49, n 2, p. 103-124, abr/jun, 1998.

DAL POZ, M. R. & VIANA, A. L. DÍA. **Reforma em Saúde no Brasil: Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, UERJ, 1998.

FERNANDEZ J.M.D. **Los sistemas integrados de salud: un modelo para avanzar tras completar las transferencias**. Barcelona: B & F Gestión y Salud; 2004.

FERNANDES, K.R. A Constituição de Redes Organizacionais como nova forma de Gestão das Organizações do Terceiro Setor. **Revista Integração**, v.7, n.39, 2004. p.1-11. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2004.

HOFFMANN, C. de F. M.; BOURGUIGNON, J; TOLEDO, S. e HOFFMANN, T. **Reflexões sobre rede de atendimento à criança e ao adolescente**. Núcleo de Estudos sobre a questão da criança e do adolescente. Ponta Grossa-PR: UEPG, 2000.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. Promoción de la Salud en las Escuelas: Escuelas Promotoras de la Salud. Presentación en Taller Internacional de Salud Escolar. **Convención Internacional de Salud Pública**. La Habana, Cuba: 2002.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4ª Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GOULART, F. A. A. **Municipalização: veredas caminhos do movimento municipalista de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Abrasco, Conasems, 1996.

LEVCOVITZ, E; GARRIDO, N. G. Saúde da família: a procura de um modelo anunciado. **Cadernos Saúde da Família**, 1: 5-12, 1996.

MATTA, G. C. **A construção da integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde**. In: EPSJV. (Org.) Estudos de Politecnia e Saúde. 1.ed. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MATTOS, R. A. (Org.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO p.45-59, 2003.

MENDES, E. V. **Atenção Primária à Saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

- _____. As redes de Atenção à Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 15(5): 2297-2305, 2010.
- MINAYO, M. C. de S. (Org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.
- MORIN, Edgar. Mis em ligne le 2 décembre 2011. Entretien paru dans Rue 89 le 23 janvier 2011 **“La voie” pour éviter le desastre annoncé.**
- MOROSINI, M. V.G.C. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.
- PATTON, M. Q. **Qualitative Research e Evaluation Methods**. 3 ed. Thousands Oaks/London/New Delhi: Sage Publications, 2002.
- PINTO, H. A; SOUZA, A; FLORENCIO, A. R. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: Reflexões sobre o seu desenho e processo de implantação. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. 2012 ago, v.6, n.2, Sup.
- ROSSI, P. H.; LIPSEY, M. W.; FREEMAN, H. E. **Evaluation: a Systematic Approach**. 17 ed. Beverly Hills: Sage Publications, 2004.
- SANTOS, S. M.R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica de saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. **Texto & Contexto - Enfermagem**. 2008, vol.17, n.1, pp. 124-130. ISSN 0104-0707.
- SCHRAMM, J.M. A. *et al.* – **Transição epidemiológica e o estudo de carga de doença no Brasil**. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9: 897-908, 2004.
- SEABRA, G. de F. **Pesquisa científica: o método em questão**. Brasília: UNB, 2001.
- STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias**. Brasília: UNESCO/Ministério da Saúde, 2002.
- SUCHMAN, E. A. **Evaluative research: principles and practice in public service e social action programs**. New York : Russell Sage Foundation, 1967.
- TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Tradução de Walkiria Maria Franke Settineri. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- VERGARA, S. C. **Projetos e relatórios de pesquisa em administração**. 7ª. ed. São Paulo: Atlas, 2006.
- WEISS, C. H. **Evaluation**. 2. Ed. Upper Saddle River: Prentice-Hall, Inc., 1998.