

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS - UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
NÍVEL MESTRADO**

JANAÍNA MOLON MANSAN

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FARROUPILHA/RS**

PORTO ALEGRE

2017

Janáína Molon Mansan

**POTENCIALIDADES E DESAFIOS DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO
MUNICÍPIO DE FARROUPILHA/RS**

Dissertação apresentada como requisito parcial
para a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem pelo Programa de Mestrado
Profissional em Enfermagem da Universidade
do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS
Área de concentração: Educação em Saúde

Orientadora: Prof. Dra. Vania Celina Dezoti
Micheletti

Porto Alegre

2017

M286p Mansan, Janaína Molon
 Potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do
 município de Farroupilha / por Janaína Molon Mansan. – 2017.
 90 f. : il. ; 30 cm.

 Dissertação (Mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos
 Sinos, Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Porto
 Alegre, RS, 2017.

 “Orientadora: Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti.”

 1. Redes de atenção à saúde. 2. Quadrilátero da formação.
 3. Educação permanente. I. título.

 CDU: 614.2(816.5)

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter a oportunidade de me aperfeiçoar e ter saúde para seguir sempre em frente.

Aos meus pais, que sempre me incentivaram para os estudos e me apoiaram em cada dificuldade, dedico esta conquista.

Ao meu namorado, que esteve ao meu lado em cada momento, sempre me incentivando quando eu já não tinha mais estímulo para continuar.

Aos queridos Adriano Garcia, Angela Suzin, Ariele Reisdorfer e Graciele Torezan, vocês foram muito mais do que colegas, se tornaram amigos, agradeço a cada minuto vivido. Minha trajetória se tornou muito mais fácil e, com certeza, muito mais divertida ao lado de vocês. Impossível descrever nossos dias juntos e por isso a saudade deste nosso mestrado será eterna.

À minha orientadora Dra. Simone Edi Chaves, por ter me auxiliado desde o início da pesquisa, sempre com seu amplo conhecimento e estimulando também nas conquistas advindas do mestrado. Lembro bem das dicas preciosas quando lhe falei que iniciaria a vida docente.

À minha nova orientadora Dra. Vania Celina Dezoti Micheletti, que acabou me assumindo como orientanda no final do percurso, meu sincero agradecimento, pois contigo consegui chegar ao final de mais esta etapa, quando achei que tudo já estava perdido.

A todos os professores do Mestrado Profissional em Enfermagem, por nos disponibilizarem seus conhecimentos.

Ao município de Farroupilha, a Associação Farroupilhense Pró-Saúde e ao Hospital Beneficente São Carlos por me permitirem a realização da pesquisa. Aos participantes por aceitarem a participação e terem contribuído com as informações necessárias.

RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde constituem um método de articulação entre os serviços, que por meio de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade no cuidado prestado aos usuários. Esta pesquisa buscou verificar como se articula as Redes de Atenção à Saúde no município de Farroupilha, localizado na região nordeste do Rio Grande do Sul. Objetivo: elaborar a proposta de um Programa de Educação Permanente em Saúde para o município de Farroupilha com vistas ao fortalecimento e ativação das Redes de Atenção à Saúde. Método: os componentes da pesquisa estavam de acordo com o Quadrilátero da Formação, abrangendo os eixos Controle Social – Atenção – Gestão. O eixo Formação não foi contemplado, visto que não existe instituição formadora no município. Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas primeiramente com os usuários (Controle Social) e após análise destes dados, desenvolvido um novo instrumento de coleta a ser aplicado aos profissionais e gestores (Atenção/Gestão). A pesquisa contou com a participação de nove usuários, três profissionais e dois gestores, totalizando quatorze participantes. Para análise dos resultados foi utilizada a análise temática, da qual emergiram duas categorias. Resultado e discussão: a primeira categoria fala sobre as potencialidades e desafios da rede de atenção à saúde do município, tendo como subcategorias a participação do Controle Social e o atendimento na RAS. A segunda categoria analisou a comunicação na Rede de Atenção à Saúde, com suas respectivas subcategorias: potencialidades e desafios do sistema de referência e contrarreferência, comunicação entre a Atenção/Gestão/Controle Social; orientações de alta e prontuário eletrônico. Considerações finais: os resultados revelam falta de conhecimento dos usuários sobre o funcionamento da Rede de Atenção à Saúde do município e uma falta de comunicação entre os profissionais e serviços. Proposta de intervenção: com base nos achados foi elaborada a proposta do estudo, que contou com a elaboração de um Programa de Educação Permanente para os profissionais e a confecção de uma cartilha educativa ilustrada para auxiliar na orientação aos usuários e novos profissionais.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde. Quadrilátero da Formação. Educação Permanente.

ABSTRACT

The Health Care Networks consist in an articulation method among the services, which through technical, logistical and management support aim the integrality in the care provided to the users. This research seeks to verify how the Health Care Networks articulate in the city of Farroupilha, located in the northeast region of the State of Rio Grande do Sul. Objective: present a proposal of a Permanent Educational Program in Health for the city of Farroupilha aiming the strengthening and activation of the Health Care Networks. Method: the components of the research agreed to the Formation Quadrilateral, comprehending the thematic axes of Social Control - Attention - Management. The axis Formation was not contemplated, once there is no educational/training institution in the city. Semi-structured interviews were realized firstly with the users (in Social Control) and, past the analysis of the mentioned data, a new instrument for information gathering was developed to be applied among the professionals and managers (Attention/Management). The research counted with the participation of nine users, three professionals and two managers, totalizing fourteen participants. The thematic analysis was deployed for the results' analysis, from which two categories emerged. Result and discussion: the first category concerns to the potentialities and challenges of the network related to the attention to health in the city, having as subcategories the participation of the Social Control and the attendance at the Health Care Networks. The second category analysed the communication within the Health Care Networks with their respective subcategories: potentialities and challenges in the system of reference and counter-reference; communication among the Attention/Management/Social Control; discharge orientation and electronic prompt-book. Final Considerations: the results display a lack of knowledge from the users about the functioning of the city's network and an absence of communication between the professionals and services. Intervention Proposal: under these circumstances, the proposal of this study was elaborated, which comprehended the development of a Permanent Educational Program for the professionals and the production of an illustrated educational primer to assist in the orientation of the users and new professionals.

Keywords: Health Care Networks. Formation Quadrilateral. Permanent Education.

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
AVE	Acidente Vascular Encefálico
CAISME	Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS I	Centro de Atenção Psicossocial I
CES	Centro de Especialidades em Saúde
CMS	Conselho Municipal de Saúde
EPS	Educação Permanente em Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
GF	Grupo Focal
HBSC	Hospital Beneficente São Carlos
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
PAD	Programa de Atendimento Domiciliar
PES	Planejamento Estratégico Situacional
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde
OS	Pronto Socorro
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SBMFC	Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SNE	Sonda Nasoenteral
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNISINOS	Universidade do Vale dos Sinos
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	8
1.1 Questão de pesquisa	11
1.2 Objetivos.....	11
1.2.1 Objetivo geral	11
1.2.2 Objetivos específicos.....	11
1.3 Metas.....	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Redes de Atenção à Saúde.....	12
2.2 Referência e contrarreferência.....	17
2.3 Quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social e a Proposta de Educação Permanente em Saúde.....	22
3 MÉTODO	26
3.1 Delineamento do estudo	26
3.2 Local do estudo	26
3.3 Período do estudo	27
3.4 Participantes do Estudo	28
3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão	28
3.5 Coleta de dados	29
3.6 Análise dos dados.....	31
3.7 Proposta de intervenção.....	31
4 ASPECTOS ÉTICOS.....	34
5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO	35
5.1 Potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha	35
5.1.1 Participação do Controle Social	35
5.1.2 Atendimento na Rede de Atenção à Saúde.....	39
5.2 Comunicação na Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha	44
5.2.1 Nós críticos na referência e contrarreferência	44
5.2.2 Comunicação entre a Atenção/Gestão/Controle Social.....	46
5.2.3 Orientações de alta.....	50
5.2.4 Prontuário eletrônico	55
6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO.....	58

6.1 Proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde.....	58
6.2 Cartilha educativa ilustrada	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS – CONTROLE SOCIAL.....	67
APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS – ATENÇÃO E GESTÃO	68
APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – CONTROLE SOCIAL	69
APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) – GRUPO FOCAL.....	70
APÊNDICE E- CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE.....	71
APÊNDICE F - CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS	72
APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA	73
APÊNDICE H – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNISINOS.....	74
APÊNDICE I – CARTILHA EDUCATIVA ILUSTRADA	75

1 INTRODUÇÃO

O setor saúde é muito amplo por envolver uma gama de quesitos importantes para que a população possa ter suas necessidades atendidas. Paim (2011, p. 11) nos diz que “a saúde é uma questão que tem ocupado o centro das atenções de muitas pessoas, governos, empresas e comunidades”, e neste contexto muitas propostas estão sendo criadas, dentre elas as Redes de Atenção à Saúde (RAS).

As RAS compreendem um conjunto de serviços, pontos de atenção e apoio diagnóstico e terapêutico, vinculados entre si por uma missão única, onde são desenvolvidos procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que, integrados através de sistemas de apoio e de gestão, coordenadas pela atenção primária, buscam garantir uma atenção contínua e integral a determinada população. (LAVRAS, 2011; MENDES, 2010).

Autores que discorrem sobre os sistemas de saúde são incansáveis ao dizer que temos um sistema configurado para o atendimento às condições agudas e precisamos trabalhar para que haja uma mudança, visto a atual predominância dos casos crônicos. (LAVRAS, 2011; MENDES, 2010; SILVA, 2011).

Para atender essas demandas, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado¹ que abranjam prevenção e promoção da saúde e orientem os usuários sobre os caminhos nas redes, objetivando assim o modelo usuário-centrado onde cada um tem suas necessidades singulares. (SILVA, 2011).

A Atenção Primária à Saúde² (APS), configurada para ser a gestora das RAS, assumindo o papel de monitorar/acompanhar o cotidiano e as necessidades de saúde dos usuários, vem encontrando inúmeros desafios para exercer tal função. Primeiramente, os diversos níveis de atenção não se comunicam, trabalham de forma isolada e incomunicáveis, acarretando uma fragmentação do cuidado, prejudicando principalmente o usuário que não tem a continuidade de seu tratamento garantida, pois o modelo assistencial brasileiro está configurado a “apagar incêndios” de casos agudos. (RODRIGUES et al., 2014).

¹ Linha do cuidado é a imagem pensada para expressar os fluxos assistenciais seguros e garantidos ao usuário, no sentido de atender as suas necessidades de saúde. É como se ela desenhasse o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede, tal como entidades comunitárias e de assistência social. (FRANCO; FRANCO, 2015).

² Atenção Básica ou Primária à Saúde: trata-se do primeiro nível de atenção à saúde, segundo o modelo adotado pelo Sistema Único de Saúde (SUS). É, preferencialmente, a “porta de entrada” do sistema de saúde. A população tem acesso a especialidades básicas, que são: clínica médica, pediatria, obstetrícia e ginecologia. (BRASIL, 2007).

Malagutti e Caetano (2009, p. 179) descrevem bem essa realidade em que estão envolvidos tanto o sistema público de saúde como a saúde suplementar.

Em grande parte dos países o sistema de saúde ainda vive voltado para si próprio, centrado muito mais no próprio sistema e nos seus profissionais do que nos doentes a quem atende ou devia atender. As instituições de saúde vivem muitas vezes “de costas voltadas” umas para as outras, sendo especialmente notórios os défices de colaboração entre os hospitais e os cuidados de saúde primários, com claros prejuízos para o doente e para a sociedade, com a repetição desnecessária de exames e de consultas, a duplicação de cuidados, a reduzida acessibilidade e ausência de garantia de cuidados globais e continuados, quase sempre por déficit de comunicação entre profissionais, entre serviços e entre instituições.

Ao analisarmos a descrição dos autores vemos que a realidade exposta por eles em 2009 ainda é muito atual. Temos os serviços trabalhando isoladamente, cada um prestando a sua assistência, profissionais que atuam nas suas instituições sem maiores conhecimentos sobre a realidade dos outros serviços, com dificuldades de encaminhamento dos pacientes por falta de conhecimento da rede de saúde. Como consequência o paciente tenta de todas as formas conseguir seu atendimento integral.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é o sistema que tem forte base conceitual, mas que precisa, ainda, ser consolidado. As RAS são uma proposta do SUS e devem ser efetivadas por meio da articulação dos serviços de saúde, mas principalmente pelo trabalho dos profissionais envolvidos, tendo comunicação entre os diversos níveis, seja por rodas de conversa ou por métodos formais como a referência e contrarreferência³ no encaminhamento dos usuários. (CECÍLIO, 2001).

A maior falha para o estabelecimento das RAS é a comunicação entre as equipes. Pesquisas realizadas em três municípios brasileiros em relação a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a atenção ao idoso mostraram o desconhecimento dos profissionais da APS acerca dos pontos de atenção da rede, comprometendo a resolutividade da atenção primária e o desgaste dos profissionais que solidariamente se responsabilizam para tentar solucionar os problemas de um sistema fragmentado. (RODRIGUES et al., 2014).

Para tanto, a educação desses profissionais é necessária e deve ser contínua. Atuar em sistema de rede exige que os problemas sejam compartilhados por todos a fim de que se busquem as melhores soluções. A Educação Permanente em Saúde (EPS) busca colocar em debate o cotidiano e provocar a formação dos profissionais levando em conta os problemas

³ A referência é representada pelo fluxo, por meio de encaminhamento do paciente com necessidades de saúde complexas para centros de atenção especializada. O fluxo contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível de atenção primária próxima de sua residência é denominado contrarreferência. (RODRIGUES; VIEIRA; LEITE, 2013).

encontrados no coletivo. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MALAGUTTI; CAETANO, 2009).

Partindo-se destes cenários conceituais é importante compreender o conceito proposto por Ceccim e Feuerwerker (2004) do Quadrilátero da Formação que pode ser um dispositivo para pensarmos o ordenamento da rede de atenção, envolvendo ensino - gestão - atenção - controle social. A perspectiva do Quadrilátero da Formação proposta pelos autores coloca em conexão todas as faces que em múltiplos fluxos ativam os processos de atenção em saúde. Portanto, quando se pensa numa rede articulada dos serviços de saúde é importante ter como dispositivo as faces do Quadrilátero e colocar em questão as percepções de cada um dos seus interlocutores específicos.

Fazendo parte deste contexto da saúde, ao trabalhar durante três anos em um hospital geral 100% SUS, percebi por diversas vezes a falta de comunicação entre a atenção primária e a especializada. Um dos princípios do SUS, a integralidade, devendo ser o usuário atendido de forma integral por uma rede de atenção não é o que ocorre na prática. Os sistemas de referência e contrarreferência, tidos como peças fundamentais de comunicação entre os serviços, não são utilizados de maneira efetiva, sendo as informações perdidas nos diversos níveis. Não foram poucos os momentos que atuando na porta de entrada da instituição - a emergência, deparei-me com situações e pacientes que não deveriam estar ali, causas mínimas que poderiam ser atendidas em unidades primárias, porém sem possibilidade de encaminhamento pelo fato do paciente não ter condições psíquicas, físicas e financeiras de deslocamento e por mim, como profissional da saúde, assim como outros colegas, não termos o conhecimento adequado sobre os serviços prestados na rede primária.

A falta de interação entre os profissionais causa prejuízos para os usuários que são encaminhados para diversos locais sem terem seus problemas resolvidos e as emergências tornam-se superlotadas, agregando problemas de todo o sistema de saúde.

A escolha do município de Farroupilha para a execução deste estudo deu-se pelo fato da autora residir no município, porém sempre ter trabalhado em Caxias do Sul – cidade vizinha, e por isso ter um desconhecimento sobre o funcionamento da RAS deste local, mas receber usuários encaminhados de Farroupilha para Caxias do Sul de forma inadequada e não haver contato entre os profissionais dos dois municípios. Diante desse panorama, buscou-se verificar quais são as dificuldades encontradas pelos usuários na rede de atenção à saúde do município de Farroupilha, bem como debater a necessidade de articulação dos profissionais da atenção primária, secundária, terciária e gestão municipal a fim de discutir essas

particularidades, com vistas ao desenvolvimento de um programa de Educação Permanente para os profissionais da rede.

1.1 Questão de pesquisa

Como fortalecer e articular a Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo geral

Elaborar a proposta de um Programa de Educação Permanente em Saúde para o município de Farroupilha/RS com vistas ao fortalecimento e ativação das Redes de Atenção à Saúde.

1.2.2 Objetivos específicos

- Compreender a organização da Rede de Atenção à Saúde do município;
- Identificar potencialidades e desafios da rede do município em estudo na perspectiva do Quadrilátero da Formação;
- Identificar processos / modo de comunicação entre os atores que compõem a rede de saúde do município em estudo na perspectiva do Quadrilátero da Formação.

1.3 Metas

Elaborar um Programa de Educação Permanente em Saúde que promova o debate sobre o trabalho em rede de saúde no município de Farroupilha.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Neste capítulo serão apresentadas as referências pesquisadas, mostradas em três subcapítulos, a saber: Redes de Atenção à Saúde; Referência e Contrarreferência e Quadrilátero da Formação para a área da saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social e a Proposta de Educação Permanente em Saúde.

2.1 Redes de Atenção à Saúde

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam a integralidade do cuidado. O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (BRASIL, 2010).

A Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 (BRASIL, 2010) discorre sobre os problemas relacionados ao SUS, destacando a necessidade de um trabalho integrado, em redes. A organização da atenção e da gestão do SUS se caracteriza por intensa fragmentação de serviços, programas, ações e práticas clínicas demonstrando lacunas assistenciais importantes; financiamento público insuficiente, fragmentado e baixa eficiência no emprego dos recursos, com redução da capacidade do sistema de prover integralidade; configuração inadequada de modelos de atenção, marcada pela incoerência entre a oferta de serviços e a necessidade de atenção, não conseguindo acompanhar a tendência de declínio dos problemas agudos e de ascensão das condições crônicas; fragilidade na gestão do trabalho com o grave problema de precarização e carência de profissionais em número e alinhamento com a política pública; a pulverização dos serviços nos municípios; e pouca inserção da Vigilância e Promoção em Saúde no cotidiano dos serviços de atenção, especialmente na Atenção Primária em Saúde.

O debate em relação às redes de atenção adquiriu nova ênfase a partir do Pacto pela Saúde, que contempla o acordo firmado entre os gestores do SUS e ressalta a relevância de aprofundar o processo de regionalização e de organização do sistema de saúde sob a forma de Redes como estratégias essenciais para consolidar os princípios de Universalidade, Integralidade e Equidade. Em sintonia com o Pacto pela Saúde, foi aprovada a Política

Nacional de Atenção Básica (PNAB) e a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), ambas voltadas para a configuração de um modelo de atenção capaz de responder às condições crônicas e agudas e promover ações de vigilância e promoção à saúde, efetivando a APS como eixo estruturante da RAS no SUS. (BRASIL, 2010).

O maior desafio dos sistemas de saúde atuais é sair do tradicional modelo curativo para o modelo de cuidado, tendo em vista a mudança no perfil da população com o aumento das doenças crônicas; e por isso, faz-se necessário o desenvolvimento de práticas de autocuidado, abordagens multiprofissionais e garantia de continuidade assistencial que só pode ser obtida através de sistemas integrados de saúde. (LAVRAS, 2011). Com o advento das doenças crônicas, estamos nos deparando com a elevação no número de internações hospitalares, superlotação e insuficiência de leitos disponíveis, além do aumento do risco de infecção, acarretando uma sobrecarga ao sistema de saúde. (ANDRADE et al., 2013).

Os dados da Pesquisa Nacional de Amostra Domiciliar do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE) de 2008, citados por Mendes (2010), mostram que 79,1% dos brasileiros com mais de 65 anos de idade são portadores de pelo menos uma doença crônica. Em relação a morbidade hospitalar, no ano de 2005, das 15 primeiras causas de internações no SUS, 9 foram por doenças crônicas, sendo essas também responsáveis por 66,3% das causas de incapacidade. De acordo com o Centro de Controle e Prevenção de Doenças, destacado por Lottenberg (2007, p. 92) “as doenças crônicas consomem 75% dos gastos totais com saúde (que nos Estados Unidos chegam a 1,4 trilhão de dólares)”.

Pela complexidade no atendimento aos pacientes, principalmente aos doentes crônicos, os problemas de saúde devem ser debatidos pelas equipes multiprofissionais, em que todos devem fazer a clínica ampliada, pois escutar, avaliar e se comprometer na busca do cuidado integral é responsabilidade de toda a profissão da área da saúde. (BRASIL, 2010).

Andrade et al. (2013) ao estudar equipes de atendimento domiciliar, nos mostra que esses profissionais fazem o que deveria ser feito por toda a rede, pois estes não se preocupam apenas com o cuidado físico mas também com o contexto do paciente, procurando atender todas as suas necessidades, articulando-se com associações para conseguirem fraldas e alimentos para os usuários atendidos, mostrando que são necessárias as parcerias intersetoriais e interdisciplinares para um cuidado mais integral.

A integralidade do cuidado deve dar-se a nível individual, nominada por Cecílio (2001) como a “integralidade focalizada” sendo aquela em que os estabelecimentos de saúde atendem da melhor forma possível as necessidades singulares dos usuários e a nível coletivo

sendo a “integralidade ampliada”, aquela feita em redes. Ambas são necessárias visto que nenhum serviço de saúde, por melhor que seja, consegue atender na integralidade sozinho. O sistema de saúde precisa se responsabilizar pelos seus usuários. Concordo com Cecílio (2001) quando diz que a garantia da integralidade do cuidado deve ser uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual.

Para que essa integralidade seja efetivada, a nível interno e externo às instituições, o trabalhador de saúde torna-se essencial, fazendo conexões entre si, operando, assim, linhas de fluxos horizontais. Os sistemas, incluindo o SUS, normatizam todos os processos, fazendo com que os trabalhadores se sintam impotentes diante da realidade e por isso é necessário que hajam redes que possibilitem a autonomia para atuarem de modo singular com cada usuário, abrindo linhas de fuga para exercerem seu cuidado com mais criatividade. Cada trabalhador atua de acordo com a sua singularidade e o pior das amarras normativas é a anulação do desejo. (FRANCO, 2006).

Para que os profissionais sejam mais resolutivos e o sistema mais acessível à população, é preciso uma nova configuração, deixando de lado o modelo hierarquizado da pirâmide, onde a atenção primária ocupa a base, para um modelo mais horizontal onde todos possuem a mesma importância na assistência ao paciente, pois o atendimento mais adequado, muitas vezes, pode ser encontrado em uma unidade primária, dependendo do momento em que vive o usuário. (CECÍLIO, 2001; MENDES, 2010; SILVA, 2011). Observa-se trabalhos que nos mostram a importância também da Assistência Domiciliar, representando um esforço para que o usuário seja atendido no seu domínio, tentando mudar o modelo assistencial centrado nos cuidados hospitalares. (ANDRADE et al., 2013).

Com a horizontalização poderemos mudar o conceito de que os serviços complexos, de referência, são lugares de finalização, da última palavra, de atendimento de demandas pontuais, superespecializadas e específicas e, por isto, descompromissados com a integralidade. No máximo, a integralidade como uma boa contrarreferência para o serviço que encaminhou. Precisamos deslocar o foco da atenção primária como lugar privilegiado da integralidade, tendo em vista que esta não se realiza nunca em um serviço e sim é o objetivo de uma rede. (CECÍLIO, 2001).

O atendimento em um serviço de emergência pode ser um momento crucial para a escuta da necessidade de consumo de certas tecnologias para melhorar e prolongar a vida e que estão disponíveis em outros serviços e não naquele pronto-socorro. Um paciente hipertenso, que esteja sem seguimento contínuo ou vínculo com um serviço

ambulatorial, não pode deixar o pronto-socorro sem esta orientação e, de preferência, sem sair com uma consulta marcada. Uma consulta médica, por mais especializada que seja, não pode deixar de fazer uma certa escuta de outras necessidades do paciente que vão além da demanda “referenciada” que o traz ao consultório. A intervenção do especialista não pode alcançar sua eficácia plena se não tiver uma boa noção do modo de andar a vida do paciente, inclusive seu vínculo com outra equipe ou profissional, seu grau de autonomia e a interpretação que faz de sua doença. (CECÍLIO, 2001).

A partir dos conceitos proposto por Cecílio percebemos o quanto os profissionais de saúde estão falhando em relação à complexidade que o cuidado em saúde exige. Há uma importante falha na continuidade dessa assistência, principalmente em relação aos encaminhamentos necessários. Parece que não há tempo para explicações, para pensar em garantir a continuidade e acolhimento das necessidades dos usuários. Este modo de organizar o projeto terapêutico favorece os retornos desnecessários aos serviços de saúde. (CECÍLIO, 2001).

Temos um sistema muito centrado nas tecnologias duras, dando maior valor aos procedimentos, com profissionais cuidando na lógica instrumental, através de atos prescritivos. O financiamento do SUS ainda se dá pelo pagamento de procedimentos, acarretando intervenções frequentes nos pacientes, muitas delas desnecessárias. A maioria dos profissionais tem a ideia de que fazendo procedimentos está dando a melhor assistência, esquecendo de outros aspectos que envolvem seu cuidado. Apesar de algumas mudanças em curso não há uma alteração no modo assistencial hegemônico sem uma mudança na centralidade dada às tecnologias duras com vistas à valoração da tecnologia leve no processo produtivo. (SILVA; BENITO, 2013). Por esse motivo “torna-se um desafio a garantia da saúde como direito de todos em uma sociedade que transforma o cidadão em um agente consumidor e a saúde em mercadoria”. (SILVA; BENITO, 2013, p. 2190).

Em pesquisa realizada por Silva e Benito (2013) com gestores municipais de saúde tem-se um panorama sobre a realidade apresentada nos municípios em relação às redes de saúde. Apresentam-se problemas tais como: dificuldade de acessar a rede de média e alta complexidade; orientar a população em relação aos atendimentos que devem ser feitos nas emergências evitando que continue a ser um “grande ambulatório”; modelo hospitalocêntrico onde os profissionais, principalmente os médicos mais antigos não entendem a psicologia do ESF de priorizar programas de prevenção. Em relação aos serviços hospitalares e de pronto atendimento como porta de entrada aos serviços de saúde, o discurso aponta para uma insatisfação do gestor em relação a esse fato, porém afirma ser essa a realidade local. O gestor transfere a “culpa” para outros atores sociais, como os trabalhadores, usuários e setor privado

sem se perceber corresponsável dessa realidade. Organização dos serviços baseada nos locais de residência dificultando o atendimento para aqueles que trabalham o dia todo longe dos locais de moradia e serviços indisponíveis em algumas cidades.

Diante desses problemas mencionados por gestores municipais percebemos que estamos deixando de lado um fator essencial para o bom funcionamento de qualquer rede de atenção, ou seja, a população, o controle social, pois são eles que sabem quais dificuldades encontram para terem suas necessidades atendidas. Se os serviços forem capazes de se organizar de forma a responder as necessidades da população e os atores envolvidos tiverem uma participação ativa nessa construção, fortalecendo o sentimento de pertencimento de cada um, a interferência política e as ações judiciais, frequentes na saúde, se tornarão desnecessárias. Falta de participação social na construção de fluxos de atenção faz com que os usuários tenham que percorrer diversos caminhos para terem suas necessidades atendidas, caminhos estes que muitas vezes nem os próprios profissionais de saúde sabem explicar. (SILVA; BENITO, 2013).

Os sistemas logísticos também são fundamentais para um bom funcionamento das RAS, com sistemas de informação que garantam fluxos de informações nos diferentes níveis de complexidade. (GONÇALVES et al., 2013; MENDES, 2010). O grande diferencial nas redes seria a implantação de prontuários eletrônicos, atualmente implantados em poucos municípios, que seriam capazes de unir os serviços, simplificando interrogatórios e diminuindo o número de exames complementares repetidos, reduzindo assim os custos de atendimentos e o tempo de permanência nas instituições. Com esses dados disponíveis para todos os profissionais seria possível analisar tendências sanitárias das populações, verificar e tratar epidemias com maior rapidez e aproveitar a oferta assistencial de forma mais eficiente. (GONÇALVES et al., 2013).

Uma forma interessante de se trabalhar em redes seria a descrita por Cecílio e Merhy (2003) quando ao pensarem sobre a integralidade a nível hospitalar, trabalhando com a concepção de que o hospital é uma “estação” de uma intrincada rede de cuidados, seriam estabelecidas linhas de produção do cuidado onde coordenadores teriam como atribuições ajudar na criação e estabilização de linhas que rompem os limites do hospital. Por exemplo, nas reuniões da linha de cuidado de atenção à maternidade, participam profissionais de onde foi feito o pré-natal, os responsáveis pelo centro obstétrico, pelo alojamento conjunto, pela Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e adulta, banco de sangue, nutrição entre outros que podem estar envolvidos no atendimento desta gestante.

2.2 Referência e contrarreferência

Tendo como objetivo um sistema integrado, de fluxos horizontais, com profissionais responsáveis pela adequada assistência ao paciente, de forma a atender todas as suas necessidades, tornam-se necessárias estratégias de comunicação entre os níveis de atenção, proporcionando maior controle por toda a Rede que acompanha aquele usuário. Com esse intuito foi desenvolvida a referência e contrarreferência.

De acordo com Rodrigues, Vieira e Leite (2013, p. 41);

A referência é representada pelo fluxo, por meio de encaminhamento do paciente com necessidades de saúde complexas para centros de atenção especializada. O fluxo contrário, ou seja, o retorno do paciente ao nível de atenção primária próxima de sua residência é denominado contrarreferência. O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral; porém, em todas as áreas da saúde, os métodos utilizados permanecem insuficientes, sobretudo no nível municipal.

Com os diversos níveis de atenção a saúde, a integralidade, como princípio do SUS, torna-se um desafio, “sendo necessário o desenvolvimento do fluxo de referência e contrarreferência, através do qual as informações e os usuários trafegam no sistema”. (VAZQUEZ et al., 2014, p. 246).

Esse fluxo poderia ser de grande valia para o SUS se funcionasse de forma adequada, porém desde a década de 80 já são constatados problemas na organização deste, sendo a falta de informação da população, problemas organizacionais e problemas de integração e comunicação entre os vários níveis de atenção, os principais. Verifica-se que muitos municípios não registram informações sobre os respectivos sistemas de referência e contrarreferência nos Planos Municipais de Saúde e nem no Datasus. (VAZQUEZ et al., 2014).

A hierarquização também se torna um problema para a efetivação deste fluxo, onde vemos que o acesso a serviços de alta complexidade tem superposição em relação a atenção primária. De acordo com Serra e Rodrigues (2010, p. 3580), “tanto o Ministério da Saúde como a Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) consideram que a rede de serviços de atenção primária de saúde pode resolver 85% dos problemas de saúde da população”. Porém, há necessidade de assegurar o acesso dos usuários a consultas e exames especializados, indispensáveis para a conclusão de diagnósticos e tratamentos pela Atenção Primária em Saúde.

Cecílio e Merhy (2003), dizem que por mais que se amplie a rede primária de serviços, as urgências/emergências hospitalares permanecem sendo as portas de entrada da população no seu desejo de acessar o SUS. Esses serviços permanecem funcionando na base da queixa-conduta, resultando em uma Clínica reducionista e ineficaz e podem ser estratégia intuitiva e selvagem das pessoas na busca pela integralidade. Uma saída para esse problema seria a organização de equipes de acolhimento capacitadas para o reconhecimento e encaminhamento dos pacientes a outros serviços da rede. Neste caso é o hospital quem faria a referência, visto que um hipertenso que procura atendimento hospitalar tem seu cuidado mais efetivo através do acompanhamento com uma equipe da atenção primária. O hospital também tem papel privilegiado quando, no momento da alta, consegue produzir a continuidade do tratamento do paciente, não apenas na forma burocrática de preenchimento da contrarreferência, mas pela construção ativa da linha de cuidado necessária a aquele paciente específico.

Para que os pacientes possam ser atendidos nos diversos níveis de complexidade há a necessidade de facilidade do acesso, tanto pela proximidade de suas residências quando na oferta em relação ao número de habitantes. Porém, a proximidade da residência não é garantia de acesso, pois existem muitos usuários que passam o dia inteiro trabalhando longe de suas residências. (SILVA; BENITO, 2013).

Os recursos humanos são fundamentais nesse processo. Serra e Rodrigues (2010, p. 3581) afirmam que “é necessário considerar a formação e a experiência profissional, as condições de trabalho e a existência de mecanismos de educação permanente, para assegurar a atualização dos seus conhecimentos”. Ainda temos uma realidade em que poucos profissionais são capacitados para o exercício na saúde pública, as condições de trabalho não são favoráveis em alguns locais e os profissionais contam com serviços de educação permanente pouco desenvolvidos. Equipes de atendimento domiciliar, no estudo de Andrade et al. (2013) queixam-se de que os profissionais de saúde não sabem qual é o exato papel prestado por esse serviço. Podemos generalizar esse questionamento para toda a rede, onde os profissionais das diversas instituições não se comunicam e conseqüentemente não sabem do trabalho dos outros, dificultando o encaminhamento correto dos usuários.

Para que haja um eficaz processo de referência e contrarreferência é necessário que as informações dos pacientes estejam a disposição tanto dos profissionais como dos gestores. O cartão SUS, os prontuários eletrônicos, o controle da disponibilidade de leitos e vagas para consultas e exames, além do monitoramento das ações desenvolvidas são essenciais, tendo em

vista que a inexistência ou o mau funcionamento do sistema de informação desse tipo dificulta o encaminhamento dos pacientes, seu acesso aos serviços, assim como a capacidade do gestor de controlar e avaliar o cumprimento e metas estabelecidos. (SERRA; RODRIGUES, 2010).

A regulação dos serviços é tarefa indelegável do gestor do sistema de saúde e envolve processos tais como: planejamento da oferta de ações e serviços com base nas necessidades de saúde da população; estabelecimento de responsabilidades e de metas quantitativas e qualitativas da atenção para as unidades de prestação de serviços dos diferentes níveis de complexidade; regulação da utilização dos serviços; monitoramento e avaliação dos resultados alcançados para a correção dos processos de trabalho. (SERRA; RODRIGUES, 2010, p. 3580).

Ainda não contamos com prontuários eletrônicos que possam ser compartilhados por profissionais de todos os níveis de atenção, onde haja informações importantes sobre toda a história clínica do paciente, o que facilitaria muito o trabalho dos profissionais e seria fator diferencial para o atendimento integral, pois com mais informações é possível dar um atendimento de melhor qualidade. Rodrigues, Vieira e Leite (2013), já diziam que o desenvolvimento de prontuários padronizados, a possibilidade de manter registros que acompanham a história clínica do paciente e a criação de bases de dados com amplitude de informações trazem um grande impacto na melhoria da eficácia, eficiência, segurança, e qualidade da prática de saúde. Gerenciar um sistema digitalizado de informações, com gestão regional compartilhada pelos municípios envolvidos, poderia representar um grande diferencial na organização da rede de atenção à saúde nas cidades polo.

A logística, muitas vezes deixada de lado faz a diferença para um atendimento de qualidade na rede de saúde. Garantir o abastecimento regular de medicamentos e insumos, inclusive amostras de exames, transporte de pacientes, manutenção e a calibração regular dos equipamentos biomédicos utilizados em todas as unidades são fundamentais para todo esse processo, pois falhas podem resultar não só em desabastecimento como também em prejuízos para a qualidade do acompanhamento da situação dos pacientes. Parte dos encaminhamentos feitos por profissionais da rede básica a especialistas não esgotam todos os recursos assistenciais disponíveis na atenção primária. (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Podemos identificar essas particularidades da APS citadas anteriormente através de pesquisa realizada em duas áreas do Rio de Janeiro por Serra e Rodrigues (2010). Existem dificuldades de encaminhamento dos pacientes para consultas especializadas, tendo a Cardiologia e a Angiologia como as principais. Exames complementares também foram

apontados como dificultadores dos processos, sendo a mamografia, dosagem hormonal, eletrocardiograma e ultrassom os piores. Ambas as áreas registram inexistência ou precariedade da contrarreferência; limitada oferta de consultas e exames e má organização das atividades de regulação. Dificuldade de acesso aos serviços especializados pelos pacientes também foi citado visto que os mesmos possuem dificuldades financeiras. Existem também diversas designações para os serviços de atenção primária, dificultando o encaminhamento por parte dos profissionais. Muitos pacientes não conseguem chegar a serviços de referência por problemas de violência em suas comunidades, sendo impedidos de saírem de casa em horário muito cedo pelo crime organizado. Nenhuma das áreas tinha implantado o Cartão SUS ou contava com prontuários eletrônicos e sistemas eletrônicos de marcação de consultas e exames especializados. Em relação a logística, existe falta de medicamentos e falta de manutenção de equipamentos biomédicos, induzindo a graves erros de diagnósticos e prescrições indevidas, com sérias consequências para os usuários. A deficiência de apoio técnico às equipes de saúde da família faz com que aumente o número de encaminhamentos para consultas especializadas, visto que os profissionais estão no limite dos seus conhecimentos. As principais deficiências quanto aos recursos humanos foram: profissionais sem formação específica para a saúde da família, pouco treinamento inicial para o exercício da função; esquemas precários de educação permanente; vínculos funcionais irregulares; grande isolamento dos profissionais, que trabalham em pequenas unidades e sem apoio técnico adequado. (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Essa situação encontrada no Rio de Janeiro, que também é a realidade de outros locais, contribui para uma menor resolubilidade do programa, acarretando o agravamento desnecessário das condições de saúde dos pacientes, piorando sua qualidade de vida, além de sobrecarregar as unidades de maior complexidade do SUS prejudicando com isso o sistema de referência e contrarreferência e a integralidade e continuidade dos cuidados. (SERRA; RODRIGUES, 2010).

Em contrapartida, verifica-se trabalhos exitosos em relação ao encaminhamento dos pacientes no sistema de referência e contrarreferência, como é o caso de uma instituição hospitalar de Santa Catarina, descrita em um estudo de Fratini, Saupe e Massaroli (2008). Após uma análise dos prontuários dos pacientes internados, desenvolveu-se um método de encaminhamento dos pacientes que já tinham seu tempo de internação acima do estabelecido pelo SUS conforme a patologia. Foi criado então o sistema de “alta especial” onde este paciente era visitado pela equipe multidisciplinar para que fossem analisadas as suas

necessidades e posteriormente feito seu plano de alta para dar continuidade ao tratamento. Orientações detalhadas sobre sua situação e necessidades eram protocoladas, com cópia para o usuário, a coordenadora da equipe, a assistente social e a Atenção Primária. Esta última se comprometia a dar sequência ao tratamento, na unidade ou em domicílio. Nos casos mais críticos, a instituição hospitalar ligava no 3º dia da alta para se certificar de que o tratamento estava sendo realizado. Na contrarreferência era destacado o telefone de contato da instituição a ser utilizado em qualquer situação de dúvida, tanto do usuário quanto dos profissionais da APS. As reinternações – apenas 2 de 109 pacientes encaminhados - se deram pelo fato de o local de residência do usuário não estar coberto por equipes de ESF ou por problemas sociais do usuário, como não conseguir se deslocar até a rede de Atenção Primária para receber o tratamento. Verificou-se interesse por parte dos profissionais da APS, que ao receberem o comunicado de “alta especial”, dirigiram-se à instituição hospitalar para contato com a equipe, o paciente e seus familiares, para inteirar-se de seus cuidados e/ou visitar sua residência para facilitar a avaliação das necessidades, com o objetivo de garantir seus cuidados no domicílio.

Os principais motivos das contrarreferências nesse estudo foram: administração de medicamentos (32%); curativos (16%); oxigenioterapia (1%); e acompanhamento com a equipe de saúde (51%). O fato de mais da metade dos usuários necessitarem de acompanhamento pelas equipes de saúde mostra a importância entre o diálogo entre os níveis de atenção. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

O SUS possui muitas carências e muitas vezes pacientes são mantidos em hospitais para garantia de continuidade dos tratamentos, aumentando as filas de espera por internações e o custo para as instituições hospitalares. Neste projeto, conseguiu-se diminuir o tempo de internação, bem como o custo de aproximadamente R\$ 1200,00 por usuário, além da satisfação dos pacientes e familiares por estarem no domicílio e terem seus cuidados garantidos. A integração, a interdisciplinaridade e, principalmente, a comunicação e diálogo entre referência e contrarreferência na integralidade em saúde foram fundamentais para que este programa fosse implantado como uma tecnologia viável, onde atualmente todos os pacientes desta instituição recebem “alta especial”. (FRATINI; SAUPE; MASSAROLI, 2008).

2.3 Quadrilátero da formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social e a Proposta de Educação Permanente em Saúde

A formação dos profissionais de saúde ainda está muito voltada para procedimentos técnico-científicos, deixando de lado princípios importantes e essenciais para o trabalho no modelo de saúde brasileiro, o SUS. Ceccim e Feuerwerker, ao estudarem essa realidade introduziram um conceito denominado Quadrilátero da Formação. Esta denominação quer dizer que as ações da área da saúde devem contemplar quatro esferas, sendo elas: o Ensino, que deve comprometer-se em formar seus profissionais de acordo com as necessidades da população e do SUS; a Gestão, que deve governar para aprimorar o sistema e ter como parceria os outros eixos; a Atenção que são os profissionais de saúde, fundamentais em todo o processo, mas que devem ser capacitados para uma nova atuação e o Controle Social que são os usuários que além de usufruírem dos serviços devem estar inseridos nas discussões e melhorias do sistema. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Dentre alguns pontos que vêm sendo discutidos atualmente, percebemos que as instituições formadoras não abordam o controle social como peça-chave no sistema de saúde. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 43) apontam Controle Social como “direito e dever da sociedade de participar do debate e da decisão sobre a formulação, execução e avaliação da política nacional de saúde”.

Atualmente os indivíduos recebem formação básica e essencial para exercerem suas profissões, estando de forma alguma, prontos para a atuação profissional, ficando assim lacunas importantes na sua formação que devem ser complementadas com uma educação contínua do trabalhador. (MALAGUTTI; CAETANO, 2009).

Os profissionais estão sendo formados a partir da teoria e posteriormente encaminhados às práticas de estágio para transformarem seus conhecimentos em ação. Esse conhecimento fragmentado faz com que o profissional não consiga atuar em situações complexas como a subjetividade das pessoas e as dificuldades em relação aos tratamentos, perdas, morte, etc. (MALAGUTTI; CAETANO, 2009). Pelo contrário, a formação deveria seguir o rumo inverso, onde a partir da problematização do processo de trabalho fossem transformadas as práticas profissionais e da organização, visando o cuidado às várias dimensões e necessidades das pessoas, coletivos e populações. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

As instituições formadoras, como parte do Quadrilátero da formação, devem estar de acordo com os serviços de saúde aos quais pretendem inserir seus discentes, formando-os para atuarem no SUS, e principalmente de acordo com os perfis e particularidades da região em que se inserem. Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 49), já diziam que “a formação não apenas gera profissionais que possam ser absorvidos pelos postos de trabalho do setor. O trabalho em saúde é um trabalho de escuta, em que a interação entre profissional de saúde e usuário é determinante da qualidade da resposta assistencial”.

A educação permanente aparece neste cenário com o intuito de uma aprendizagem significativa (que promove e produz sentidos) com vistas à transformação das práticas profissionais baseadas na reflexão crítica, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; MALAGUTTI; CAETANO, 2009).

As instituições, não apenas as formadoras, mas também as profissionais, partindo do pressuposto que a formação profissional exige continuidade, devem adotar ações de educação permanente para seus recursos humanos onde o cenário de práticas informa e recria a teoria necessária e sair do método engessado de educação continuada que aceita o acúmulo sistemático de informações e o cenário de práticas como território de aplicação da teoria, pois é na prática que são identificadas as necessidades de qualificação dos profissionais. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Colocar os profissionais para que problematizem suas realidades diárias é o que se deseja, a fim de que se encontrem soluções para os problemas vindos de quem realmente sabe o que está acontecendo, visando a integralidade do atendimento de saúde (diretriz constitucional). Políticas públicas frisam a necessidade de construção de espaços locais, microrregionais e regionais com capacidade de desenvolver a educação das equipes de saúde, dos agentes sociais e de parceiros intersetoriais para uma saúde de melhor qualidade. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A Educação Permanente é fundamental, principalmente para a enfermagem, pois é ela que garante todos os insumos necessários ao cuidado, articulando e encaminhando a procedimentos necessários, supervisionando as condições de hotelaria em instituições hospitalares, dialogando com a família, conduzindo a circulação do paciente entre as áreas, dentre outras atividades que resultam no cuidado. (CECÍLIO; MERHY, 2003).

A transformação da formação dos profissionais e da gestão do trabalho exige mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e, principalmente, nas pessoas,

buscando sempre a articulação de ações para dentro e para fora das instituições de saúde, com vistas a ampliação da qualidade de gestão, do aperfeiçoamento da atenção integral, do domínio do conceito ampliado de saúde e do fortalecimento do controle social no sistema. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Araújo e Cardoso (2012) ao falarem sobre comunicação em saúde destacam que em alguns pontos, o SUS apresenta apenas dois polos comunicativos, o emissor e o receptor, sendo o emissor aquele que exclui outras opiniões, implantando uma relação entre os que sabem, falam e definem prioridades e o receptor que são aqueles que (em tese) não sabem, não criam, não falam e também não são ouvidos. Esses agentes emissores seríamos nós, profissionais de saúde e gestores municipais que ditamos as regras enquanto o controle social ocupa o papel de receptor, deles espera-se apenas que sigam as orientações e medidas de saúde transmitidas pelas mensagens. Precisamos modificar essa realidade fazendo com que o controle social se torne parte também das ações de aperfeiçoamento do SUS.

A atenção Primária tem papel fundamental no alcance a atenção integral à saúde, tendo em vista o exposto por Ceccim e Feuerwerker (2004, p. 51).

A Atenção Básica cumpre um papel estratégico na dinâmica de funcionamento do SUS, por seu estabelecimento de relações contínuas com a população. Em todas as suas modalidades de operação, a atenção básica deve buscar a atenção integral e de qualidade, a resolutividade e o fortalecimento da autonomia das pessoas no cuidado à saúde, estabelecendo articulação orgânica com o conjunto da rede de serviços. Esta, entretanto, precisa incorporar a noção de Atenção Integral à Saúde, entendendo a rede de ações e serviços como “cadeia de cuidado progressivo à saúde” (Cecílio, 1997), onde não haja dicotomia entre os diversos âmbitos da rede única do SUS. A educação em serviço é uma proposta apropriada para trabalhar a construção desse modo de operar o sistema, pois permite articular gestão, atenção, ensino e controle social no enfrentamento dos problemas concretos de cada equipe de saúde em seu território geopolítico de atuação.

Surge a ideia de uma Gestão Colegiada da educação permanente, uma roda de co-gestão onde existe articulação interinstitucional a fim de que se mude a concepção hierarquizada do sistema que atualmente é visto como a pirâmide, tanto na relação entre hospitais e atenção básica, quando nos níveis centrais gerando com a separação por níveis, uma ideia de subordinação dos serviços. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

A roda tem natureza política e crítico-reflexiva. Ela não se sustenta por ser apenas um mecanismo mais democrático e participativo de gestão e sim como um local de possibilidades. Analisar a realidade operando processos pedagógicos da rede de atenção, dar permeabilidade às práticas populares, qualificar as práticas pela integralidade da atenção e produzir aprendizagens significativas, pela alteridade com as pessoas, histórias de vida e

histórias culturais são os objetivos pelos quais devemos buscar nas ações, nos serviços e nos sistemas de saúde. A roda serve para alimentar circuitos de troca, mediar aprendizagens recíprocas e/ou associar competências. (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

3 MÉTODO

Será apresentado neste capítulo o método desenvolvido no estudo.

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma pesquisa de caráter exploratório-descritivo com abordagem qualitativa.

As pesquisas qualitativas buscam coletar dados de alta qualidade, confirmando que “as descobertas refletem com precisão as experiências e os pontos de vista dos participantes, e não as percepções dos pesquisadores”. (POLIT; BECK, 2011, p. 103). Busca-se esmiuçar a forma como as pessoas constroem o mundo a sua volta, o que estão fazendo ou o que está lhes acontecendo em termos que tenham sentido e que ofereçam uma visão rica. (BARBOUR, 2009).

3.2 Local do estudo

A cidade de Farroupilha, município de residência da autora, localizada na região nordeste do Rio Grande do Sul, a 110 quilômetros de distância da capital Porto Alegre, possui uma população estimada de 69.066 habitantes, tendo aproximadamente 71,1% da população na idade adulta (entre 15 e 64 anos), de acordo com dados de 2010; conta com 43 instituições de ensino fundamental e médio, tendo 90,7% da população alfabetizada. (PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA, 2017).

A rede de saúde do município abrange um hospital filantrópico e uma Associação que faz a coordenação da rede de Atenção Primária e Secundária. No quadro 1 estão descritas as instituições da rede.

Quadro 1 - Serviços de saúde do município de Farroupilha

Serviços de saúde do município	Quantidade
Unidades Básicas de Saúde	4
Estratégias de Saúde da Família	8
Programa de Atendimento Domiciliar – PAD	1
ESF com Equipes de Saúde Bucal	6
Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF	1

Centro de Especialidades em Saúde – CES	1
Clínica de Fisioterapia	1
CAPS AD	1
CAPS I	1
Saúde Mental	1
Hospital	1
Farmácia popular	1
Residencial Terapêutico	1
Casa Lar	1

Fonte: Prefeitura Municipal de Farroupilha (2017).

A Associação Farroupilhense Pró-Saúde é uma organização social privada, sem fins lucrativos, regida por um estatuto e formada por uma diretoria e um conselho de administração composto por representantes de entidades legais da comunidade farroupilhense. Através de um contrato de gestão com a Prefeitura de Farroupilha, em parceria com a Secretaria de Saúde do município, atua na gestão de todos os serviços de saúde, excluindo apenas o hospital. (ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE, 2017).

O Hospital Beneficente São Carlos (HBSC) conta com um pronto-socorro (PS) com finalidade de atender as urgências e emergências de forma eficiente, resolutiva e humanizada, conta com uma completa estrutura física e multiprofissional para suprir as necessidades da comunidade, do corpo clínico e do próprio hospital, como forma de reafirmar sua missão institucional. Desde julho de 2010 implantou o “Acolhimento por Classificação de Riscos”, identificando os usuários de acordo com sua gravidade. (HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS, 2015).

3.3 Período do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de janeiro de 2016 a maio de 2017. Nos meses de janeiro, fevereiro, março e abril de 2016 foram feitas as entrevistas com os usuários, profissionais e gestores. De maio de 2016 a maio de 2017 foi realizada a análise dos dados e a confecção do Programa de Educação Permanente em Saúde e cartilha ilustrada.

3.4 Participantes do Estudo

Os participantes do estudo foram escolhidos de forma intencional, que conforme Minayo (2014), a escolha se dá pelo pesquisador a partir de grupos, cujas ideias e opiniões são do interesse da pesquisa e, estavam em conformidade com a proposta do Quadrilátero da Formação proposto por Ceccim e Feuwerfecker (2004): Atenção, Formação, Gestão e Controle Social. Neste estudo, como não há instituição de ensino superior na área da saúde no município, não houve participantes do segmento Formação.

No segmento Controle Social foram incluídos nove participantes, usuários dos serviços de saúde do município em estudo. Estes participantes foram escolhidos de modo intencional, indicados pelo enfermeiro do local como usuários frequentes, sendo: dois participantes usuários da ESF, dois do centro de especialidades, dois do serviço de saúde mental e três do hospital do município.

No segmento da Gestão foram entrevistados dois gestores, ambos enfermeiros, sendo um da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e um da Associação Farroupilhense Pró-Saúde.

No segmento Atenção foram entrevistados três participantes sendo: dois enfermeiros vinculados aos serviços de APS e um vinculado a emergência do hospital. Neste eixo, foram escolhidos apenas enfermeiros por serem estes profissionais que estão a frente das unidades e conhecem quais são suas demandas e dificuldades, sendo assim, dando informações mais relevantes para o estudo.

O estudo contou com apenas catorze participantes devido a saturação dos dados.

3.4.1 Critérios de inclusão e exclusão

Os critérios de inclusão e exclusão serão apresentados no quadro 2.

Quadro 2 - Critérios de Inclusão e Exclusão

Segmentos	Critérios de Inclusão	Critérios de Exclusão
Controle Social	<ul style="list-style-type: none"> • Ser usuário do Sistema Único de Saúde; • Estar procurando atendimento na rede básica e hospitalar no momento da entrevista; • Na emergência hospitalar, ter sido triado como azul conforme Classificação de Risco. 	<ul style="list-style-type: none"> • Possuir plano de saúde privado; • Estar procurando pela primeira vez atendimento na rede de saúde do município.
Atenção	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer parte da equipe multidisciplinar de uma das unidades de saúde de atenção primária, secundária ou terciária do município. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não atuar na assistência direta aos usuários.
Gestão	<ul style="list-style-type: none"> • Ser gestor/coordenador do Pró-Saúde, Hospital Beneficente São Carlos ou Prefeitura Municipal de Farroupilha. 	<ul style="list-style-type: none"> • Representantes dos gestores selecionados.

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

3.5 Coleta de dados

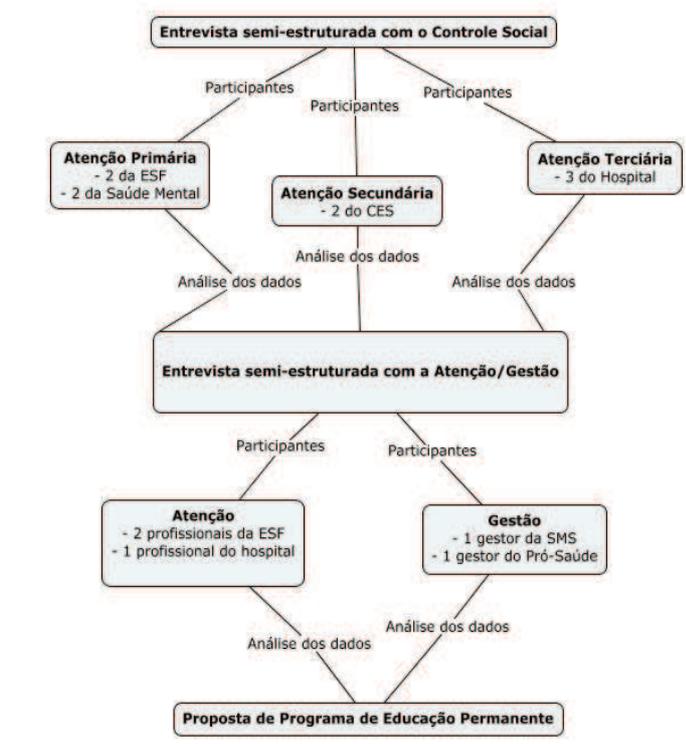
A coleta de dados foi realizada em dois momentos (FLUXOGRAMA 1). No primeiro momento a pesquisadora entrevistou os usuários que representam o segmento Controle Social. A entrevista foi semi-estruturada (APÊNDICE A) que de acordo com Minayo (2014) obedece a um roteiro para sequência das questões, facilitando a abordagem e assegurando que as hipóteses e os pressupostos do investigador sejam cobertos na conversa, evitando a exploração de assuntos irrelevantes que surgem durante a entrevista. Nesta entrevista buscou-se informações sobre a assistência aos usuários na RAS, as orientações de alta, os fluxos de encaminhamentos e o atendimento dos profissionais.

No segundo momento, após entrevista e análise das colocações dos usuários (segmento Controle Social), foi desenvolvido um roteiro de entrevista ⁴que foi aplicado aos profissionais e gestores (APÊNDICE B), compreendendo os segmentos Atenção e Gestão. Neste questionário foram inseridas as falas dos usuários, obtidas nas entrevistas, para que os profissionais/gestores tivessem conhecimento da opinião da população e buscou-se dados

⁴ No Projeto de Pesquisa inicial, a coleta de dados com os profissionais da Atenção e Gestão seria através de um grupo focal, porém devido a dificuldade de contato com esses profissionais, optou-se por realizar entrevistas individuais. No TCLE permanece como grupo focal, pois este é o formato aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UNISINOS.

relativos ao atendimento prestado pelos serviços de saúde, a falta de comunicação entre os serviços, as pesquisas de satisfação, a participação do controle social, as orientações de alta pela equipe multidisciplinar e o sistema de referência e contrarreferência.

Fluxograma 1 – Roteiro para coleta de dados



Fonte: Elaborado pela autora (2017).

Os entrevistados foram identificados na pesquisa de acordo com o segmento que pertencem e a ordem das entrevistas. Os usuários, pertencentes ao segmento Controle Social (CS) foram identificados como CS1 até CS9. Os profissionais, do segmento Atenção (A), foram identificados com A1 a A3 e os gestores, incluídos no segmento Gestão (G), foram identificados como G1 e G2.

As entrevistas foram realizadas por meio de um gravador digital, cujos dados foram transcritos posteriormente em sua íntegra.

Os termos de Consentimento Livre e Esclarecido foram assinados em duas vias, tendo ficado uma via com a pesquisadora e uma com cada participante.

3.6 Análise dos dados

A análise dos dados foi de acordo com a análise temática proposta por Minayo (2013). “Fazer uma análise temática consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que compõem uma comunicação, cuja *presença* ou *frequência* signifiquem alguma coisa para o objeto analítico visado”. (MINAYO, 2013, p. 316, grifo do autor).

Este tipo de análise desdobra-se em três etapas:

- a) Pré-análise: consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa. Inicia-se com uma leitura flutuante do material de campo, dando atenção ao conteúdo. Após, trabalha-se na constituição do corpus, abrangendo critérios como: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. Para finalizar é feita a formulação e reformulação de hipóteses e objetivo, consistindo na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro a leitura exaustiva do material às indagações iniciais;
- b) Exploração do material: operação classificatória visando alcançar o núcleo de compreensão do texto, buscando a identificação de categorias;
- c) Tratamento dos resultados obtidos e interpretação: os dados são submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens) ou complexas (análise fatorial). Após, realiza-se as interpretações necessárias relacionando-as com os objetivos propostos pela pesquisa. (MINAYO, 2013).

Desta análise emergiram duas categorias, com suas respectivas subcategorias, sendo elas: potencialidades e desafios da RAS do município de Farroupilha, tendo como subcategorias: participação do controle social e atendimento na RAS; e como segunda categoria comunicação na RAS do município de Farroupilha, e como subcategorias: nós críticos na referência e contrarreferência; comunicação entre a Atenção/gestão/controle social; orientações de alta e prontuário eletrônico.

3.7 Proposta de intervenção

Após a análise dos dados e a identificação dos nós críticos da rede de atenção, apresentou-se ao município a proposta de um Programa de Educação Permanente em Saúde com o objetivo de fortalecer as RAS.

Na maioria das vezes, a identificação das necessidades de aprendizagem que deverão ser alvos das ações de EPS é realizada de uma maneira flexível e desestruturada, onde os atores vão se baseando nas suas percepções e fundamentando-se em informações sobre os serviços e o contexto. (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Embora sem etapas rígidas, Santos, Tenório e Kich (2011) afirmam que um Programa de EPS deve obedecer a alguns critérios:

- a) As necessidades devem ser significativas para os participantes, pois é preciso que haja uma identificação entre os sujeitos e os temas a serem trabalhados, e que esses sejam capazes de motivar a participação do público-alvo;
- b) O problema deve implicar em uma ação coletiva;
- c) Deve ter mais de uma proposta de ação, levando o espaço da EPS a funcionar como um espaço de gestão e construção de pactos;
- d) Favorecer a mudança das práticas e a revisão dos processos de trabalho;
- e) Possibilidade de articular revisão das práticas, com propostas de mudança institucional, onde se possa atuar sobre regras e rituais institucionais.

Busca-se desenvolver ações de EPS que respondam a problemas dos serviços de saúde que são percebidos como dificuldades e desconfortos das equipes ou estarem relacionados com os resultados dos serviços, refletindo-se no quadro sanitário e na satisfação/insatisfação dos usuários diante da assistência prestada. Podem ainda estar relacionados à percepção das necessidades de mudança e a projetos de implantação de novos modelos assistenciais capazes de mobilizar desejos e interesses dos atores, identificando aqueles que são passíveis de serem modificados através de uma ação pedagógica. É importante que a gestão esteja envolvida nas ações, pois as práticas fazem parte de um conjunto de regras e rituais institucionais. Muitas vezes, as mudanças das práticas estão atreladas às mudanças em outro nível nas instituições e a EPS não é uma ação isolada, ela requer articulação das equipes de trabalho, dos serviços e das instituições. (SANTOS; TENÓRIO; KICH, 2011).

Analisando as características da EPS e os dados do município de Farroupilha, foi desenvolvida uma proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde, com vistas ao fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde. Para os profissionais e gestores foi elaborado um programa de EPS, baseado em experiências de outros municípios, que buscou contemplar todos os serviços, objetivando principalmente a melhora na comunicação entre eles. Fazendo parte deste programa de EPS, foi desenvolvida uma cartilha educativa ilustrada (APÊNDICE

H) com orientações gerais sobre o sistema de saúde do município de Farroupilha para servir como instrumento de orientação aos usuários e aos novos profissionais, buscando minimizar o problema da falta de conhecimento desses atores sobre os serviços, fato identificado nas entrevistas.

Tendo por base o método de elaboração da cartilha desenvolvido por Reberte (2009), as informações coletadas nas entrevistas foram devidamente organizadas e sistematizadas, estabelecendo os problemas prioritários dos indivíduos. A partir dos resultados encontrados, foi elaborada a cartilha, tendo por base a literatura técnico-científica e a experiência profissional. (TORRES et al., 2009).

Preocupou-se na elaboração de mensagens breves, considerando que frases longas reduzem a velocidade do processo de leitura e geralmente os leitores esquecem os itens de listas muito grandes. Além disso, foi utilizada linguagem simples, objetivando promover a identificação do usuário com o texto e manter a sua iniciativa no processo da educação em saúde. Considerou-se a necessidade de incluir algumas ilustrações na cartilha, com o objetivo de tornar a leitura descontraída e de fácil compreensão. As imagens foram retiradas de *sites* diversos. Destaca-se a importância da ilustração para atrair o leitor, despertar o interesse pela leitura e auxiliar na compreensão do texto. (TORRES et al., 2009).

Embora haja algumas limitações decorrentes de dificuldades de leitura pelo receptor, as cartilhas educativas permitem ao paciente e sua família uma leitura posterior, reforçando as informações orais, servindo como guia de orientações para casos de dúvidas e auxiliando nas tomadas de decisões do cotidiano. Esses objetivos podem ser alcançados ao se elaborar mensagens que tenham vocabulário coerente com o público-alvo, convidativas, de fácil leitura e entendimento. (TORRES et al., 2009; MOREIRA; NOBREGA; SILVA, 2003).

Os dados disponibilizados na cartilha (endereço, telefone, serviços disponíveis) dos estabelecimentos de saúde que compõem a RAS do município de Farroupilha foram adquiridos através do *site* da prefeitura municipal e Associação Farroupilhense Pró-Saúde.

Após o desenvolvimento do conteúdo pela autora, foi contatado um profissional da área do *design* gráfico para a edição do material e formatação para impressão.

As cartilhas foram confeccionadas em folha A4 (210x297mm) em formato de configuração “paisagem”. O tamanho da página foi de meia folha.

4 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa atendeu à Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos. (BRASIL, 2012). Foi assinado o termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Houve dois termos, um para o segmento Controle Social (APÊNDICE C) e outro para os segmentos Atenção-Gestão (APÊNDICE D). Para as instituições envolvidas, as cartas de Anuência foram assinadas pelos representantes da Associação Farroupilhense Pró-Saúde (APÊNDICE E), do Hospital Beneficente São Carlos (APÊNDICE F) e da Prefeitura Municipal de Farroupilha (APÊNDICE G) e posteriormente foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), recebendo parecer favorável para sua publicação (APÊNDICE H).

5 APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E DISCUSSÃO

Esta pesquisa contou com quatorze participantes, divididos em segmentos de acordo com o Quadrilátero da Formação. Destes, nove eram usuários (Controle Social), três eram profissionais (Atenção) e dois eram gestores (Gestão). O segmento Formação não foi incluso visto que não há instituição de nível superior na área da saúde no município. Realizou-se entrevistas com roteiro pré-definido, porém estimulou-se a verbalização, a expressão e a atitude crítica dos participantes. A pesquisadora interagiu nas conversas, instigando-os, sem interferir, porém, no posicionamento individual. As entrevistas foram gravadas e transcritas.

Os participantes responderam a questionamentos sobre diversos aspectos da rede de atenção do município, elencando pontos positivos e negativos. A partir disso, surgiram duas categorias: potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha e Comunicação na Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha, destacadas no quadro a seguir com as suas respectivas subcategorias.

Quadro 3 - Categorias e subcategorias identificadas na análise das entrevistas

Categorias	Subcategorias
Potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha	- Participação do Controle Social - Atendimento na Rede de Atenção à Saúde
Comunicação na Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha	- Nós críticos na referência e contrarreferência - Comunicação entre a Atenção/Gestão/Controle Social - Orientações de alta - Prontuário eletrônico

Fonte: Elaborado pela autora (2017).

5.1 Potencialidades e desafios da Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha

Esta categoria analisa as potencialidades e os desafios da rede, buscando identificar, através das falas dos usuários, profissionais e gestores, pontos positivos e pontos a serem melhorados. A categoria divide-se em duas subcategorias: participação do controle social e atendimento na rede de atenção.

5.1.1 Participação do Controle Social

Esta subcategoria propõe-se a analisar a participação do usuário no sistema de saúde.

“O SUS tem como um de seus pilares a participação da população, legalmente garantida, nos Conselhos e Conferências de Saúde, interferindo diretamente nas políticas de saúde de âmbito federal, estadual e municipal”. (SCOREL; MOREIRA, 2014, p. 853).

A opinião dos usuários quanto aos serviços, bem como a participação deles nas discussões relativas a saúde são fundamentais para que as Redes possam se articular de maneira eficaz, favorecendo cada vez mais as pessoas que fazem uso do sistema. Outros países, como Cuba, por exemplo, também vem trabalhando com a participação dos usuários nas demandas de saúde, buscando estimular a participação efetiva e concreta da comunidade no estabelecimento de prioridades, tomada de decisões, assim como elaborar e aplicar estratégias de plano local para alcançar uma maior qualidade de vida, compreendendo o princípio de zelar pela saúde de todos. (ROSA; JÚSTIZ; GARCÍA, 2009). No município de Farroupilha, a participação do Controle Social pode ser considerada ainda muito tímida, ou seja, com pouca participação. A seguir, as falas dos usuários quando questionados se já opinaram sobre o sistema do município.

“Já conversaram, mas eu só falei que não tava bom, foi umas gurias que passaram lá em casa, acho que eram as agentes de saúde”. (CS4).

“Nunca fui consultada para opinar, é a primeira vez. Acho que seria importante, essencial, é o essencial que deveria ser feito sempre”. (CS7).

“Nunca fui consultada pra falar sobre a saúde do município, acho importante, que se todos fizessem essa pergunta nossa saúde seria melhor”. (CS9).

Esta falta de participação também é observada quando se fala com os usuários sobre os espaços destinados às discussões relativas a saúde, como por exemplo, o Conselho Municipal de Saúde (CMS). O município conta com um Conselho organizado, com reuniões que acontecem uma vez por mês com representantes de todos os eixos, porém a participação popular é escassa, seja pelo desinteresse, seja pelo desconhecimento desses espaços por parte dos usuários, o que é perceptível nos relatos de ambos os gestores entrevistados.

“Na lei do SUS está implementada a fiscalização dos usuários nos serviços prestados na saúde de cada município. Para isso foram criados CMS. Nosso conselho reúne-se mensalmente e conta com diversos participantes da sociedade. Ali, a Secretaria de Saúde expõe toda a saúde do município: conquistas, insucessos e propostas de melhorias. Os calendários de reuniões estão disponíveis à sociedade através do site da Prefeitura, porém, percebemos que a população em si não participa das reuniões”. (G1).

“Com relação a participação do Controle Social é menor ainda, participo das reuniões do Conselho e os usuários não tem o hábito de participar, mesmo os agentes comunitários de saúde nunca participam, mesmo sabendo da importância e que as reuniões são abertas. Já tivemos duas formações de Conselhos Locais nas Estratégias de Saúde da Família, mas acabaram, pois não tínhamos a participação efetiva dos moradores”. (G2).

Instâncias participativas, como os Conselhos Municipais de Saúde, são os espaços cujo propósito é permitir que os sujeitos atuem em conjunto e, com isso, potencializem seus esforços participativos e a consecução de seus objetivos. (SCOREL; MOREIRA, 2014). É o principal canal de participação popular encontrado nas três instâncias de governo (federal, estadual e municipal) e compõem-se por 25% de representantes de entidades governamentais, 25% de representantes de entidades não-governamentais e 50% de usuários dos serviços de saúde do SUS. São funções do CMS: controlar o dinheiro da saúde, acompanhar as verbas que chegam pelo SUS e os repasses de programas federais, participar da elaboração das metas para a saúde e controlar a execução das ações na saúde. (BRASIL, 2017). O papel das instâncias participativas é reunir esses sujeitos, definir estratégias para que objetivos contraditórios possam ser debatidos; submetê-los a um processo de escolha; e, definido o rumo a seguir, direcionar sua atuação para as instituições que regulam as relações existentes nas situações em que pretendem participar. (SCOREL; MOREIRA, 2014).

Além dos Conselhos, outra forma de participação do Controle Social é a pesquisa de satisfação. Esta pesquisa encontra-se disponível para preenchimento nas unidades de saúde e, é uma das diversas formas de avaliar a saúde que está sendo prestada no município. Em seguida, serão apresentadas algumas das colocações dos entrevistados – usuários, profissionais e gestores, sobre esta pesquisa de satisfação.

“[...] Sim, aqui eu não sei se tem, mas na UBS do Cinquentenário tem uma pesquisa de satisfação, já cheguei a preencher, mas não se nota diferença, do atendimento mesmo”. (CS1).

“Já preenchi 1 pesquisa de satisfação e disse a mesma coisa que tô falando agora, e até agora não teve resultado”. (CS7).

“Sobre as pesquisas de satisfação temos implantadas em todas as UBS, mas a participação dos usuários é bem pequena comparada com o número de atendimentos realizados, mesmo os profissionais estimulando o preenchimento. Na maioria as pessoas preenchem quando tem alguma reclamação ou crítica”. (G2).

“A pesquisa de satisfação é um marcador no contrato de gestão do Pró-Saúde com a Secretaria Municipal de Saúde. [...] E também, acho importante, o retorno da pesquisa de satisfação, não só para os usuários, mas para a equipe da unidade, pois recebemos, muitas vezes, com atraso de três ou quatro meses. Somos cobrados se não distribuimos a quantidade para alcance da meta, mas também sempre são as mesmas pessoas que respondem e eles não têm esse retorno da sua opinião na pesquisa de satisfação e acabam ficando descontentes e nem preenchem mais”. (P1).

“Não temos pesquisa de satisfação no hospital. Normalmente a satisfação ou reclamação vem de forma direta por parte do paciente. Acredito que a opinião do paciente é sempre muito relevante e com certeza traria muito para ambas as partes. Infelizmente não vejo participação do usuário na demanda do nosso serviço”. (P3).

“[...] Temos acesso as pesquisas e nelas a principal reclamação é a demora do atendimento realizado no hospital, entretanto, a grande maioria das consultas realizadas lá poderiam ser realizadas nas UBS, o que gera demora do atendimento em função da grande demanda (fichas azuis e verdes)”. (G1).

É possível perceber, através das falas, que os serviços disponibilizam as pesquisas para que as opiniões sejam dadas com o objetivo de alcançar metas, porém as mesmas se tornam inúteis a partir do momento em que os usuários dão suas sugestões e críticas, mas nada percebem de mudança ou se quer recebem um retorno em relação a sua opinião, fazendo com que os mesmos não sejam mais estimulados a preencherem tais pesquisas. Rossi e Slongo (1998, p. 102), destacam que “as informações sobre os níveis de satisfação dos clientes constituem uma das maiores prioridades de gestão nas empresas comprometidas com qualidade de seus produtos e serviços e, por conseguinte, com os resultados alcançados junto a seus clientes”.

Como frisado pelos autores (ROSSI; SLONGO, 1998), essa pesquisa de satisfação, como instrumento avaliador, só tem utilidade quando serve para mensurar os resultados dos serviços com vistas a melhoria no atendimento prestado à população. É de extrema importância que os serviços/profissionais também tenham conhecimento sobre as opiniões disponibilizadas por este meio, que ações possam ser desenvolvidas para a resolução dos problemas elencados. Verifica-se que profissionais atuantes no município se queixam que o retorno das pesquisas para as equipes é demorado, como destacado por um dos profissionais.

Quanto ao hospital, não se trabalha com a pesquisa de satisfação, porém rotineiramente os usuários expõem suas opiniões para os profissionais. A demora no

atendimento, principalmente a nível hospitalar, é apontada por um gestor como a principal queixa nas pesquisas de satisfação disponibilizadas nas unidades básicas de saúde.

Diante dos fatos encontrados, verifica-se que a participação do controle social não está sendo efetiva em plenitude. Rolim, Cruz e Sampaio (2013, p. 145), afirmam que “contribui para isso a falta de informação e a existência de interesses múltiplos para que a população não saiba que possui direitos e que pode exigí-los”. Torna-se necessário que a participação do controle social aconteça na prática, para que não fique apenas em lei e que a sociedade civil ocupe de modo pleno e efetivo os diversos espaços de participação social. Devemos instituir e proporcionar condições para que a democracia participativa se efetive na prática e que a sociedade civil se torne protagonista nesse processo de controle social buscando boas práticas na área de fiscalização e controle social em saúde. (ROLIM; CRUZ; SAMPAIO, 2013).

5.1.2 Atendimento na Rede de Atenção à Saúde

Na presente subcategoria, discute-se o atendimento prestado aos usuários, quanto ao relacionamento interpessoal e o atendimento às necessidades.

Trabalhar na saúde é dar um atendimento digno e de qualidade, com a finalidade de resolver as demandas da população. Para isso, os profissionais precisam estar empenhados com o seu trabalho, tendo a consciência que a participação de cada membro da equipe é importante, independente de grau de formação. Todos precisam trabalhar em prol de um único objetivo, buscando soluções para a resolução dos problemas encontrados pela população da qual são responsáveis.

Considerando a opinião dos usuários quanto ao atendimento prestado pelos profissionais de saúde nas diversas unidades do município, identifica-se uma discrepância de opiniões, que vão desde opiniões muito negativas, de profissionais que não dão a assistência necessária aos usuários a opiniões muito positivas, de ótimos atendimentos dados pela equipe multidisciplinar. Já em relação ao atendimento de suas necessidades, os usuários esboçaram suas principais dificuldades, principalmente relacionadas ao acesso à terapêutica desejada, conforme falas que seguem.

“Olha tem uns médicos e enfermeiros que sabem, mas tem uns que sabe, tratam as pessoas como se estivessem ali forçados [...]. Aqui no posto não tenho

reclamação, mas eu já fui atendida em outras unidades que o atendimento não era tão bom”. (CS5).

“[...] pra mim todos são ótimos, qualquer um dos profissionais, seja enfermeiro, médico, todo mundo”. (CS3).

“São péssimos, principalmente os que atendem lá nas fichas, não gosto. Não sabem orientar, não atendem direito as ‘pessoa’”. (CS4).

“Uma coisa que tá demorando ainda é uma endoscopia que eu tenho que fazer, que tá lá desde fevereiro do ano passado”. (CS3).

A demora no atendimento e a dificuldade de realização de exames complementares aparecem como as principais queixas, demonstrando, assim, a dependência da população em relação as tecnologias duras e as consultas médicas. Em pesquisa realizada em Santiago do Chile, percebemos uma realidade também presente no Brasil e que acaba colaborando com o aumento da demanda dos serviços, os “pacientes policonsultantes” que são definidos como os que procuraram atendimento mais de sete vezes em um ano em um mesmo centro de saúde, com sintomas recorrentes, e que após realizarem diversos exames laboratoriais e de imagem não apresentam nenhuma patologia constatada, são apenas síndromes funcionais. Constatou-se nesta pesquisa, realizada por Hiriart e Gatica (2014, p. 216) que “entre un 10 a un 30% del total de consultas de Atención Primaria en Chile corresponde a este tipo de pacientes, ha llevado a que se constituya como un problema prioritario en salud pública, ya que su existencia atenta directamente contra el uso eficiente de los recursos”.

Em Farroupilha, quanto aos exames, tem-se uma boa oferta de exames laboratoriais e raios-x, sendo realizados com prazos curtos, em torno de uma semana. Já exames mais avançados como ressonâncias magnéticas, tomografias computadorizadas, endoscopias e outros a demora é maior, tendo pacientes esperando há mais de ano por agendamento, retardando assim o diagnóstico correto de algumas patologias.

Indo ao encontro do que foi destacado pelos usuários, Meneghel et al. (2007) dizem que se criou na rede de saúde, a ideia ilusória de uma associação entre qualidade de assistência e tecnologias expressas por exames, medicamentos, consultas especializadas e pronto-atendimentos. Assim, mesmo na unidade primária, o fluxo assistencial volta-se para a consulta médica. Esse modelo, desenvolveu-se ao longo do século XX, motivado por uma clínica centrada no biológico e impulsionada pelo modelo médico-industrial, que mantém acumulação de capital no setor saúde, por meio de altíssimo consumo de máquinas,

instrumentos e medicamentos, usados como os principais recursos da diagnose e da terapia. Essa pode ser entendida como a crescente e elevada dependência dos indivíduos e da sociedade para com a oferta de serviços e bens de ordem médica assistencial e seu consumo cada vez mais intensivo.

Outro aspecto que foi possível identificar uma diversidade de opiniões foi em relação a marcação de consultas. Existem diferentes meios de marcação de consultas no município, pois alguns usuários marcam diretamente na unidade básica, enquanto outros devem marcar pela Central de Marcação de Consultas (0800). Houve queixas tanto de um método quanto de outro, visto que os usuários que marcam diretamente na unidade de saúde são aqueles que fazem parte da região com cobertura da ESF, enquanto os usuários de áreas não cobertas, as consultas devem ser agendadas pelo 0800. Essa diferença no sistema de marcação de consultas se dá devido ao mapeamento das áreas conforme estabelece o programa da ESF. Cada unidade deve ser responsável pela sua população, com recursos disponíveis para atender aquela demanda de usuários e, por isso, que as pessoas que não moram em áreas cobertas pelo programa devem procurar atendimento em UBS. A seguir, as falas dos profissionais e usuários sobre o sistema de marcação de consultas.

“[...] existe sim um diferencial na marcação de consultas, pois pessoas com cobertura de ESF marcam suas consultas diretamente na UBS e os que não tem, marcam através do 0800 [...]”. (P2).

“Eu gosto sabe, é super fácil de conseguir sabe, se é o médico da família a gente consegue aqui mesmo no posto, pra criança também, dentista, só tem que ligar pro 0800 pra marcar ginecologista ou outro médico, mas é bem fácil de conseguir consulta, tú consegue de uma semana pra outra”. (CS5).

“Para atendimentos nas unidades que possuem ESF somente as pessoas inscritas no território de abrangência podem consultar com médico de família e odontólogo da família. Nesse caso, as consultas são agendadas diretamente na unidade. Os demais usuários (fora da área de abrangência ou interior) devem marcar consulta com os profissionais de apoio (clínico geral, pediatra, ginecologista e dentista) por uma central de marcação de consultas, na unidade mais próxima a sua casa. Sendo o mesmo atendimento prestado por todos os profissionais, para qualquer usuário, independente do local em que reside”. (P1).

Esta área de abrangência citada pelo profissional se caracteriza como o mapeamento da ESF, que de acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, proposta pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012) prevê que o número de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750

peças por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de peças por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 peças de uma determinada área, que passam a ter corresponsabilidade no cuidado com a saúde. Em decorrência destas características é que as peças que não residem em locais com ESF devem procurar atendimento em outras unidades.

Outra dificuldade encontrada em relação aos atendimentos é a falta de informações por parte dos usuários, seja para atendimento na atenção primária seja para o atendimento hospitalar. O município conta com apenas um hospital, sendo este o único serviço aberto 24 horas e por isso todos os atendimentos concentram-se no mesmo local, principalmente em horários em que as UBS e ESF estão fechadas, como no final do expediente ou em finais de semana, dificultando assim o acesso para os trabalhadores, fazendo com que os mesmos sejam obrigados a procurar atendimento hospitalar por causas primárias.

“Concordo com o usuário quando relata demora no atendimento no hospital, pois a demanda é muito grande. Atende-se emergência, urgência, encaminhados dos postos por contato médico, atende-se paciente em observação em suas eventuais intercorrências e também se dá suporte para os setores que necessitem de um atendimento médico imediato. Na sequência, as fichas. Então se o paciente for ficha azul e for um dia de muitas intercorrências ele tem toda razão, a demora é grande. Sem contar que nem todo dia estamos com a equipe médica completa. Muitos pacientes vem até a unidade realizar um beta HCG, uma receita ou simplesmente um atestado”. (P3).

“Mas também vejo que a população está se tornando cada vez mais dependente da medicina procurando atendimento desnecessário, o que muitas vezes acaba utilizando uma consulta de quem realmente necessita. Também acho que a população desconhece o fluxo de atendimento do município e acaba reclamando devido a falta de entendimento. Muitas vezes são injustas com o próximo não sabendo diferenciar uma urgência de um atendimento eletivo.[...]”. (P2).

“Na minha opinião, o atendimento segue um padrão, existem usuários mais esclarecidos do funcionamento dos serviços e outros não. Também percebo nos relatos que os usuários pertencentes a ESF por já estarem vinculados e familiarizados com o serviço e aos profissionais entendem melhor as rotinas e funcionamento do sistema”. (G2).

De acordo com Acosta (2015) os motivos relacionados à organização da atenção à saúde do país interferiram na escolha do serviço a ser utilizado. A facilidade de acesso às unidades de emergência, quando comparada aos demais serviços de saúde (principalmente à

atenção primária), valorização da tecnologia reunida em um único lugar, percepção de resolutividade de problemas de saúde em experiências prévias, vínculo com os profissionais e com o hospital são alguns dos aspectos que motivaram os usuários na busca por emergência hospitalar.

A emergência do hospital trabalha com o sistema de Classificação de Risco, onde os mesmos são classificados de acordo com a gravidade do quadro. Os usuários classificados como azul, ou seja, menor nível de gravidade são aqueles que deveriam procurar atendimento em unidades básicas de saúde e não no hospital. Nas entrevistas realizadas na instituição, onde foram escolhidos usuários classificados como azuis, é possível ter uma ideia do quanto esses atendimentos sobrecarregam a emergência sem necessidade. A seguir, as falas dos entrevistados no hospital sobre o motivo da procura por atendimento.

“Porque eu passei por uma cirurgia e eu quero ver o que o médico pode me receitar porque abriu os pontos e tá meio inflamado. Cirurgia de retirada de tipo uma queloides, mas ainda não sabe dizer certo porque eu tô pra pegar o exame agora também”. (CS7).

“Porque eu tô com muita dor nesse meu braço aqui. Dá seguido isso, faço tratamento, mas depois de 3 meses volta de novo. Deve ser tendinite essas coisas aí”. (CS8).

Analisando os atendimentos e colaborando com o exposto pelos usuários, Gonçalves et al. (2014) afirmam que os recursos humanos na atenção primária são elementos essenciais para obtenção de *performance* satisfatória no contexto das RAS, pois devem estar preparados para atuarem como protagonistas nos sistemas de governança e compreenderem o funcionamento logístico do sistema, gerindo e direcionando os recursos em benefício da comunidade, por isso, “o modelo assistencial adotado, que apregoa a integralidade, a humanização e a promoção da saúde é dependente do perfil de formação e da prática dos profissionais de saúde”. (GONÇALVES et al., 2014, p. 27).

Diante disto, programas de desenvolvimento dos profissionais são indispensáveis para o fortalecimento das RAS. O fato da não participação em programas de capacitação com temáticas que envolvem redes de atenção ou gestão de serviços, além da formação orientada por especialidades, pode limitar suas habilidades em lidar com as dimensões organizacionais do sistema de atenção à saúde em redes. (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015).

5.2 Comunicação na Rede de Atenção à Saúde do município de Farroupilha

Nesta categoria serão apresentados os dados encontrados sobre a comunicação na RAS do município de Farroupilha. Divide-se em 4 subcategorias: nós críticos na referência e contrarreferência; comunicação entre a Atenção/Gestão/Controle Social; orientações de alta e prontuário eletrônico.

5.2.1 Nós críticos na referência e contrarreferência

A subcategoria nós críticos na referência e contrarreferência busca identificar as dificuldades encontradas pelo município na efetivação deste sistema importante de comunicação entre os serviços.

O principal elemento para integração das redes de saúde é um efetivo sistema de referência e contrarreferência, entendido como mecanismo de encaminhamento mútuo de pacientes entre os diferentes níveis de complexidade dos serviços. Este sistema é definido como um dos elementos-chave de reorganização das práticas de trabalho que devem ser garantidas pelas equipes de saúde da família. (SERRA; RODRIGUES, 2010). O estabelecimento de métodos para facilitar esse fluxo é primordial para que se faça um atendimento integral; porém, em todas as áreas da saúde, os métodos utilizados permanecem insuficientes, sobretudo no nível municipal. (RODRIGUES; VIEIRA; LEITE, 2013).

Também fazendo parte deste contexto, temos um conceito importante trazido por Acosta (2016), o da transição do cuidado, que trata das diversas ações que darão seguimento à assistência na transferência do paciente de um serviço para outro, seja entre os diversos níveis de atenção ou de uma unidade de internação para outra. O sistema de referência e contrarreferência é um mecanismo administrativo-gerencial para a operacionalização dos fluxos de pessoas entre os serviços da rede assistencial, enquanto a transição do cuidado inclui um envolvimento do paciente e de sua família, assim como dos profissionais de saúde em seu microespaço de trabalho, indo muito além dos documentos oficiais de referência e contrarreferência. (ACOSTA, 2016).

Quando se trata da avaliação do sistema do município pelos profissionais, diversas são as opiniões. Em relação aos serviços vinculados a atenção primária e secundária, o sistema de referência e contrarreferência têm sido mais efetivo, o que pode ser atribuído ao fato de que esses níveis de atenção possuem a mesma gestão, o Pró-Saúde, que prioriza a padronização dos atendimentos nesses locais. Para o profissional do hospital o sistema

funciona parcialmente, pois o contato entre os serviços é feito, porém de modo informal, apenas telefônico, não utilizando a referência no papel. Já para o profissional da ESF a reclamação é que o hospital não faz o retorno do paciente, ou seja, não realiza a contrarreferência para a unidade de origem, fazendo com que a unidade não saiba qual o atendimento foi dado para aquele paciente, dificultando assim o processo, visto que “a responsabilidade principal pela condução do caso deve continuar com a equipe de referência, que acompanha o usuário nos seus atendimentos nos diferentes níveis do sistema de saúde”. (MEDEIROS et al., 2007, p. 222). Segue relatos dos profissionais dos serviços.

“Normalmente o paciente que chega até o hospital proveniente da UBS vem por contato médico. Antes do mesmo chegar estamos aguardando por ele e já temos todos os seus dados passados pelo médico da UBS. Na minha opinião, é a melhor forma pois não fica dúvida entre os profissionais médicos e se não for necessário tudo é resolvido antes do paciente vir até o hospital (no caso de não haver real necessidade do vir até o hospital)”. (P3).

“Temos dificuldade com as contrarreferências, principalmente com o hospital. Não temos retorno dos atendimentos que foram realizados dentro nas suas dependências, como exames ou nota de alta. Os usuários saem do hospital e não são informados sobre quais procedimentos foram realizados [...]”. (P1).

“[...] nos demais serviços de saúde: CES, laboratórios, fisioterapia, saúde mental, temos um bom retorno, os profissionais que atendem escrevem na contrarreferência e entregam em mãos dos usuários para trazerem na unidade em que foram encaminhados. Acredito que com o novo sistema online que está sendo implantado, essa questão de retorno dos encaminhamentos melhorarão também. Se isso não acontecer, será necessário que os serviços deem retorno para as unidades de saúde, assim como nós fazemos quando solicitamos um atendimento especializado a algum usuário”. (P1).

Outro fator preocupante é o encaminhamento de pacientes das unidades de atenção primária para o hospital pelo fato de não ter atendimento médico no momento que o usuário busca assistência, o que acaba colaborando com o aumento de atendimentos na única emergência do município com casos simples. Medeiros et al. (2007), dizem que a existência de UBS com horários muito restritos de atendimento (bairros), com resolutividade discutível pela carência de recursos (humanos, materiais) acabam limitando atendimentos a “encaminhamentos” a outros serviços, rompendo a possibilidade de formação de vínculos terapêuticos mais efetivos no próprio meio comunitário. Lembra também que após ingressar na urgência/emergência, o paciente é medicado e encaminhado ao seu posto de origem. No cotidiano, muitas pessoas recorrem preferencialmente ou unicamente aos serviços hospitalares

ou de urgência, não reconhecendo como práticas de saúde sua participação em ações preventivas e consultas eletivas (agendadas) na sua unidade de saúde. Essa falta de vínculo é percebida no município, pois existem usuários transitando pelo sistema de saúde de forma isolada, realizando atendimentos em diversos serviços, sem vínculo com nenhuma unidade de saúde ou profissional. Fato esse evidenciado principalmente pelos usuários da área rural, pois podem frequentar a unidade que quiserem por não terem o serviço em suas comunidades, fazendo com que cada vez que precisam utilizem um serviço diferente, com uma equipe diferente, conforme relatado por eles nas falas a seguir.

“Eu sou atendida, depende, o mais perto onde consegue consulta, pode ser qualquer um aqui do centro, o posto Central, ai no São José. Procuro as unidades básicas”. (CS8).

“Sou da Capela de Todos os Santos, atendida no Central, Cinquentenário e Belvedere que eu quero, são as mais próximas. Orientação a ir sempre na mesma UBS: não”. (CS1).

“Eu usava a UBS do São José, agora eu uso a do centro, a Central. O INPS também, que é os mais perto pra gente.” (CS8).

De modo geral, o grande problema da rede de saúde é o acesso. Frequentemente, ótimos programas são usufruídos por uma parcela muito pequena da população adscrita. Aqueles usuários que poderiam utilizar a tecnologia de que um centro de especialidades dispõe estão “perdidos” ou “em trânsito” no sistema, forçando portas de entrada que não dispõem de recursos para o seu acolhimento. As pessoas, mesmo aquelas em situação de risco ou vulnerabilidade, entram e saem do sistema repetidas vezes e não estabelecem vínculo algum, pois o seu atual modo de funcionamento não propicia isso. Então, torna-se necessário introduzir novas lógicas de trabalho nos serviços de urgência e nos hospitais, assim como pensar no fluxo de acesso aos centros de saúde de outra forma. (MEDEIROS et al., 2007).

5.2.2 Comunicação entre a Atenção/Gestão/Controle Social

Esta subcategoria analisa a comunicação entre os segmentos Atenção, Gestão e Controle Social.

Comunicar é o ato ou efeito de emitir, transmitir e receber mensagens por meio de métodos e/ou processos convencionados, quer através da linguagem falada ou escrita, quer de outros sinais, signos ou símbolos, quer de aparelhamentos técnico especializado, sonoro e/ou

visual. Outra definição para comunicação é a capacidade de trocar ou discutir ideias, de dialogar, de conversar, com vista ao bom entendimento entre as pessoas ou convivência, trato, convívio. É bom lembrar, ainda, que existem várias formas de comunicação: a comunicação interpessoal, direta, estabelecida entre duas ou mais pessoas frente a frente, por carta ou telefone; a comunicação de massa, dirigida a uma faixa grande de público, anônimo, disperso e abrangente, efetuada por meios de comunicação de massa como jornais, revistas, TV, rádio, etc. e a comunicação não verbal, baseada em signos independentes da linguagem falada, como as imagens, a música, etc. Fica claro, portanto, a importância da comunicação nas profissões da saúde, pois na maioria delas a interação em sociedade tem enorme importância, em que experiências são compartilhadas tornando-se comuns a todos, em que o diálogo é imprescindível, e sempre objetivando uma vida com mais qualidade. (ROZEMBERG, 2009).

Ao pensar no tema comunicação na saúde, percebemos o quanto o assunto tem extrema relevância. Os profissionais de saúde vivem em constante interação com as pessoas, seja na relação em equipes, no momento do atendimento ao usuário, quando há necessidade de orientações, seja em relação a tratamentos ou encaminhamentos ou até mesmo simples conversas informais em que se passa alguma informação. A comunicação torna-se um ponto chave no atendimento realizado ao usuário, é através dela que teremos ou não sucesso em nossas ações, pois se não tivermos a capacidade de transmitir confiança e transparência nas informações, nossas ações não serão resolutivas.

Colocando em pauta a comunicação no município, um ponto destacado pelos usuários foi a dificuldade que encontram para obterem as informações necessárias. A maioria dos entrevistados mostra-se satisfeita com os profissionais, elogiando e dizendo não ter problemas quanto as orientações, porém existem os que enfrentam dificuldades devido a informações equivocadas. Segue a fala de uma usuária que precisou retornar diversas vezes ao serviço especializado para conseguir realizar o atendimento adequado.

“Sim, os profissionais não tenho queixas, eu acho que falta um pouquinho de informação entre eles, tipo na encaminhamento dos exames, tinha os da hepatite, que como eu sou gestante tem que ser feito, eles tem que encaminhar numa guia separada, um encaminhamento diferente e o médico não fez isso e quando eu cheguei lá, que veio a autorização, eu tive que começar tudo de novo os exames porque a guia estava errada. [...]”. (CSI).

“Primeiro eles não me avisaram que tinha que vir cedo, a primeira vez eu vim a tarde aí eu cheguei ali e disseram não mas você tem que vim de manhã, então tá eu vim de manhã mas também não vim muito cedo, falta de informação, quando vai dizer pra pessoa, tem que dizer é tal dia que vai ter o sorteio mas venha cedo

assim você consegue a vaga, na segunda vez eu vim 8h ai também não tinha mais, a terceira vez eu não sei se foi eu que entendi errado ou o que eu vim na lateral”. (CS1).

Através das entrevistas, percebe-se que a comunicação não está sendo eficaz no município. Observa-se que os usuários estão transitando pelo sistema sem interação de um serviço com o outro, impossibilitando assim a integralidade da atenção. Essa falta de comunicação gera problemas que seriam de fácil resolução se o sistema fosse efetivo, como nos casos de altas hospitalares de pacientes acamados, que necessitam de acompanhamento no domicílio por necessidades especiais, sejam curativos de lesões por pressão, medicamentos, uso de sondas enterais, fisioterapia, entre outros. Diante desta situação, o Programa de Atendimento Domiciliar – Melhor em Casa do Ministério da Saúde (2013) afirma que as equipes de saúde, isoladamente, não detêm todas as condições para garantir o acesso do paciente às tecnologias de saúde, porém possuem potencial para facilitar o acesso através do desenvolvimento e capacidade de gerir o cuidado, operando como um “facilitador”, por meio do estabelecimento de formas diferentes de organização do processo de trabalho e uso de ferramentas/tecnologias.

Pode-se observar essa falha ao conversar com uma usuária que está em acompanhamento com seu marido que teve um Acidente Vascular Encefálico (AVE), foi atendido em Caxias do Sul, cidade vizinha a Farroupilha e que voltou para casa dependente de vários cuidados, porém a equipe de ESF não foi informada, conforme relato a seguir.

“A ESF nunca apareceu. Ela foi no início quando ele voltou pra casa, mas 2 anos atrás. Ela foi porque o bairro inteiro sabia que ele tava internado por causa de um tumor. Não fazem acompanhamento em casa, só no posto”. (CS6).

Diante disso, Andrade e Inojosa (2004) apud Meneghel et al. (2007), dizem que a mudança na forma de se relacionar com a comunidade é ponto chave para formar e fortalecer o vínculo que ganha espaço mediante as pequenas atividades de cada membro da equipe, da responsabilidade demonstrada ao realizar o cuidado, do saber intervir no coletivo. Portanto daí, identificando e individualizando ações, quando necessário; conquistando a comunidade, não porque o Programa prioriza, ou porque o Ministério da Saúde preconiza, mas por acreditar que é fundamental acolher, compreender, ouvir, estabelecer uma relação de confiança com o usuário, para que ele possa se sentir inserido e permita essa relação de troca com a equipe.

A reclamação dos usuários pode ser confirmada quando os profissionais também percebem erros por questões de recursos humanos mal preparados para o atendimento, seja

pelo desconhecimento da RAS como um todo, seja pela não responsabilização com a saúde da população e a resolução dos problemas apresentados por eles. Gonçalves et al. (2014), afirmam que no contexto da saúde pública e da implantação e desenvolvimento das RAS, o vínculo empregatício precário dentre os profissionais figura como um dos principais empecilhos ao pleno desenvolvimento das RAS no âmbito da APS. A rotatividade dos profissionais prejudica a longitudinalidade e continuidade na atenção primária, além de exigir que mais recursos sejam gastos na capacitação e preparação dos novos profissionais. (GONÇALVES et al., 2014). Segue relato de um profissional.

“A rotatividade dos profissionais é muito grande, muitos nem chegam a entender o processo e já não estão mais trabalhando conosco, outros simplesmente mandam o paciente pra frente sem contrarreferência e o mesmo acaba voltando, retardando o seu tratamento, exame ou consulta com especialista”. (P3).

Analisando a RAS do município em estudo, é perceptível uma melhor integração dos serviços da atenção primária e secundária, como já discutido anteriormente, porém percebe-se uma falta de comunicação entre as unidades de saúde e a Secretaria Municipal de Saúde, fato este destacado nas falas tanto dos usuários quanto dos profissionais. Os encaminhamentos e autorizações de exames mais complexos são feitos pela SMS e não está havendo, aparentemente, interação entre estes serviços para que se tenha conhecimento de quando essas autorizações serão realizadas e o motivo pelo qual estão aguardando regulação, fazendo com que os usuários aguardem, em alguns casos, por mais de um ano por exames de imagem sem ter uma previsão se vão ou não fazer e o porquê da demora. Segue relato de um profissional e de um usuário sobre a questão.

“Sim, falta comunicação entre os serviços, principalmente entre a Secretaria Municipal de Saúde e as unidades de saúde. Também concordo que exista um exagero de rotinas burocráticas, o que faz com os encaminhamentos às especialidades ou a exames sejam muito mais demorados”. (P1).

“Só há 1 ano que me mandaram fazer uma ressonância e ainda não me chamaram, da coluna, mas demora né. Aguardando mais de ano, em fevereiro fez 1 ano. Eu tinha uma dor nessa perna assim né, fiz um raio-x não saiu nada e ele acha que é da coluna. Consultei com o ortopedista aqui e ele que pediu. Eu fui ver se tinha previsão e disseram que tá na secretaria pra ir, pra autorizar. Mas muitos me falaram que demora, tem muitos né”. (CS2).

A proposta do trabalho em redes é que as unidades se interliguem e trabalhem juntas para que os objetivos sejam alcançados e para isso a comunicação é ferramenta indispensável. Alguns locais trabalham como se fossem “ilhas” que não se interligam ou interagem entre si, e seus propósitos, embora sigam o que preconiza o SUS, ficam à mercê da “boa vontade” de poucos profissionais que se esforçam para a visualização de uma rede de atendimento social e comunitário. Nenhuma organização é capaz de reunir a totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. (LIMA; LEITE; CALDEIRA, 2015).

Para tanto, torna-se necessário que os profissionais entendam a importância do trabalho em rede, do benefício da comunicação entre os diversos serviços a fim de melhorar o atendimento prestado ao usuário. Programas de Educação Permanente em Saúde podem melhorar esse panorama, proporcionando aos profissionais espaços para que discutam suas dificuldades, na busca da melhora da assistência.

5.2.3 Orientações de alta

As orientações aos pacientes, principalmente no momento da alta foram mencionadas por diversos entrevistados, por isso, esta subcategoria propõe-se a discutir sobre a importância dessas orientações.

O alto custo das internações para as instituições de saúde, o avanço tecnológico e das ciências médicas têm abreviado o período de hospitalização do paciente, levando a uma alta precoce. Para assegurar a continuidade do cuidado no domicílio e evitar as reinternações, que contribuem significativamente para elevar as despesas do cuidado em saúde, é necessário que a alta hospitalar seja planejada e sistematizada, garantindo um esclarecimento maior, tanto para o paciente como para a família. Observa-se na prática clínica, que a orientação da alta hospitalar é dada no momento da saída do paciente do hospital, não sendo desenvolvida durante o período de internação. Nessa ocasião são oferecidas muitas orientações ao mesmo tempo, com o agravante de não serem realizadas por escrito, dificultando a compreensão do paciente e propiciando a ocorrência de erros. Na maioria das vezes, as orientações de alta são realizadas de forma mecânica e apressada, não considerando as condições e as necessidades de cada paciente. Isto contradiz a literatura que preconiza o início do planejamento da alta hospitalar a partir do momento em que o paciente é admitido na instituição e desenvolvido durante todo o período de internação. (POMPEO et al., 2007). Esse processo de alta hospitalar que se inicia desde a internação é citado por um gestor do município.

“Na nossa concepção o paciente deve ser preparado para alta hospitalar desde o momento de sua internação uma vez que faz parte do plano de internação do paciente. As orientações devem ser realizadas por todos os profissionais, não centralizado somente no profissional médico, pois, é preciso ver o paciente de maneira integral e não fragmentado. Cada especialista na sua área é competente para dar as melhores orientações”. (G1).

Cada vez mais é necessária informação e as orientações aos usuários são imprescindíveis nas unidades de saúde. Nota-se uma predominância em orientações pela parte médica, seja pelo fato de muitas vezes a consulta não passar por outros profissionais, seja pela não valorização das orientações dadas por outros membros da equipe. A equipe de enfermagem orienta os usuários diariamente, em diversos aspectos, porém isso não é levado como uma orientação, fazendo com que os usuários deem mais atenção ao que é falado pelo profissional médico. Como podemos perceber nas falas dos usuários a seguir.

“Alguns sabem o que estão fazendo e o que estão tratando, explicando qual o melhor caminho e como tratar. Nas unidades básicas temos médicos mais preparados para esse tipo de serviço, já no nosso hospital, no PS eles mal te olham, imagina te instruírem. É bem mais complicado”. (CS9).

“Orientações: essa parte não. Medicação sim ela me explicou como tomar agora os cuidados não. Eu fui comprar a medicação na farmácia e só depois eu fui descobrir que tinha na farmácia popular pra retirar, mas ela não me informou que eu tinha acesso na farmácia popular desse antibiótico. É a falta de informação que está faltando, de repassar para o paciente que esse medicamento consegue na farmácia popular, esse não consegue. Também nenhuma orientação quanto a gestação”. (CS1).

“Orientação de alta não, senti falta disso. O doutor me disse que deu tipo de um choque térmico, do frio pro quente e ai aconteceu isso, mas não falou mais nada”. (CS2).

“Orientações de alta: não, ninguém me disse nada, nem equipe médica nem de enfermagem”. (CS7).

Quando se fala nas orientações dadas no ambiente hospitalar, percebe-se que estas são disponibilizadas apenas no momento da alta e fracionadas de acordo com a especialidade de cada profissional. Nutricionistas orientam quanto a dietas e uso de sondas, a assistente social fala sobre os problemas sociais quando necessário, o médico explica sobre a receita médica, os profissionais da enfermagem orientam quanto aos cuidados diretos. Não há uma

orientação coletiva, visando à integralidade do cuidado e não se dispõe de tempo para verificar se o usuário ou familiar compreendeu as informações fornecidas. Essa fragmentação nas orientações pode ser verificada na fala de profissional do município.

“É relativo, em alguns casos o médico atende e libera somente com suas orientações. No caso de paciente internado e crítico em relação a saúde e questão social tem um acompanhamento com a nutricionista no caso do paciente ir para casa com sonda nasoenteral (SNE) e também com a assistente social. Dependendo da situação até mesmo o familiar tem acompanhamento com a psicóloga”. (P3).

Para assegurar a implementação eficaz do plano de alta hospitalar, pode ser utilizado um roteiro sistematizado, constituído de atividades de ensino e avaliação do entendimento do paciente para uma vida independente. Um sumário de alta pode ser preparado pelo enfermeiro, contendo um resumo conciso e instrutivo sobre as condições do paciente, com ênfase na aprendizagem prévia do mesmo e da família. Uma cópia deste sumário pode ser dada para o paciente ou cuidador para ser utilizado como guia ou lembrete dos cuidados a serem realizados na vida diária. (POMPEO et al., 2007).

Na educação do paciente, tanto a informação verbal quanto a escrita são importantes e complementares. A informação verbal é insuficiente devido ao fato de o paciente priorizar as informações relativas ao diagnóstico em detrimento das informações sobre o medicamento. Tem-se ainda a possibilidade de o paciente não compreender a informação verbal, esquecê-la ou rejeitá-la. O fornecimento de informações escritas, através de folhetos explicativos, tem sido uma maneira efetiva de apoiar as orientações verbais fornecidas ao paciente a respeito dos medicamentos. (MIASSO; CASSIANI, 2005).

A população deve ser orientada sempre, em todos os níveis de assistência. Observa-se, nas comunidades, que a equipe se dispõe a abrir espaços (que acontecem em sala de espera, grupos, visita domiciliar, etc.) para priorizar a relação educativa e que, apesar disso, os usuários demandam necessidades emergentes, como a renovação de receita, a consulta médica e o remédio. Observa-se pouca motivação e baixa assiduidade nos eventos de caráter pedagógico-educativos, principalmente nos grupos. (MENEGHEL et al., 2007). É interessante observar a fala de um profissional de uma unidade de ESF do município em estudo quando diz que os grupos de orientação são feitos vinculados com o atendimento médico ou através do oferecimento de algum benefício ao usuário para que o mesmo compareça. Isto nos mostra o quanto os usuários e a saúde como um todo é baseada em um modelo médico-centrado.

Segue relato.

“[...] As unidades contam com grupos de prevenção e orientação de todos os ciclos vitais, inclusive o grupo de gestantes, mas para que esses grupos deem certo ou para as pessoas participarem, muitas vezes temos que conciliar com o atendimento médico ou fornecer algum benefício aos usuários, pois se fizermos os grupos em um dia qualquer e os convidarmos, poucos comparecerão”. (P1).

Diante do período de crise econômica em que vive o Brasil, onde as instituições de saúde estão passando por problemas financeiros, tem instituições tendo que fazer cortes em atendimentos e até mesmo reduzir número de trabalhadores. Por conta disso, muitos profissionais não conseguem dar conta de toda a demanda de trabalho, fazendo com que os problemas apareçam, e não se tenha disponibilidade de tempo adequado para que as orientações sejam feitas de forma efetiva para a população, conforme relatado por profissionais. Enquanto não houver profissionais de enfermagem que proporcionem um atendimento sistematizado e dirigentes que priorizem o número adequado de profissionais para uma assistência de qualidade, os pacientes continuarão sem acesso a um importante suporte para o seu preparo para alta hospitalar e provavelmente o número de reinternações por falta de adesão ao tratamento continuará onerando os serviços de cuidados à saúde. (POMPEO et al., 2007).

“[...] mas muitas vezes a quantidade da procura é muito grande e o número de profissionais não está dando conta o que acaba também ocasionando uma sobrecarga de serviço desqualificado porque atendem para suprir a demanda e não conseguem abarcar a necessidade. Estamos também trabalhando com um número reduzido de profissionais que está prejudicando o serviço ao usuário”. (P2).

“Muitas vezes, por trabalharmos com a equipe de enfermagem reduzida, não conseguimos dar a atenção merecida aos usuários, deixando de lado algumas rotinas básicas, porém importantes, como, por exemplo, orientações sobre a forma de tomar uma medicação, como fazer um curativo, como tem que cuidar da alimentação. Isso acaba por prejudicar o seu tratamento”. (P1).

Colaborando com a discussão e analisando o tema na prática, existe um estudo descritivo desenvolvido por Pompeo et al. (2007), em unidades de internação clínica e cirúrgica de um hospital de grande porte do Estado de São Paulo onde verificou-se o preparo recebido pelos pacientes para a alta hospitalar. Dos informantes, 83,72% relataram ter recebido orientações para a alta hospitalar. A maioria dos entrevistados (48,84%) relatou

receber orientação apenas do médico e 16,28% afirmaram não terem recebido orientações para alta. Os discursos demonstraram que a orientação para a alta acontece no momento em que o médico comunica ao cliente sobre a mesma e se restringe ao fornecimento de orientações sobre a prescrição médica e seguimento ambulatorial. As orientações para alta se restringem ao ambiente onde ocorreu a internação, não havendo uma forma de retornar o contato rapidamente com a equipe em caso de dúvidas no domicílio.

Cesar e Santos (2005), também descrevem a experiência de um hospital universitário da cidade de Porto Alegre onde, desde 1996, vem sendo desenvolvido um programa de preparo de alta hospitalar para pacientes portadores de sequelas neurológicas, oriundas de diversas patologias, entre as quais destaca-se o Acidente Vascular Encefálico. Esse programa visa a orientação do paciente e de seu cuidador familiar para continuidade dos cuidados no contexto domiciliar. Ao analisar o programa, os participantes destacam que nunca haviam sido orientados antes sobre cuidados com seus familiares. Alguns familiares relatam que aprendem a cuidar de seu ente através de observação e auxílio à equipe de enfermagem. Essa situação demonstra um caráter informal de aprendizagem refletido pela ausência de um processo educativo em saúde que os prepare para os cuidados no âmbito domiciliar, bem como que seja programado, com objetivos e métodos de aprendizagem. Constatou-se que tais cuidadores, no preparo para alta hospitalar, receberam orientações sobre a doença de seu familiar (82%) e sobre a possibilidade da permanência de sequelas (77,1%). Porém, 45% dos cuidadores receberam orientações sobre a higiene do paciente, 42,9 não foram orientados sobre a mudança de decúbito e prevenção de lesões por pressão, 54,3% não receberam orientação sobre o uso de fraldas, 77,1% não foram orientados quanto a dieta por sonda, 65% não tiveram orientação sobre a dificuldade de alimentar-se, 54,3% não foram informados quanto a necessidade de equipamentos para deambulação, e 45% não receberam orientação para o risco de queda. (CESAR; SANTOS, 2005).

Assim sendo, no momento da alta, o enfermeiro deve reforçar as orientações sobre o plano a ser seguido e a importância do retorno para controle médico (caso seja solicitado pelo médico). O paciente deve ser informado que poderá se comunicar com a equipe sempre que tiver alguma dúvida. Um telefone que possa ser fornecido para contato com a equipe hospitalar é sempre uma alternativa importante no caso de dúvidas. (MIASSO; CASSIANI, 2005).

Analisando os fatos, é possível fazer uma reflexão sobre o ensino desenvolvido na formação do enfermeiro sobre o preparo do paciente para a reabilitação no seu domicílio e,

sobretudo, a necessidade de sistematizar o trabalho da equipe de saúde, o que implica em mudanças de atitudes dos profissionais. (POMPEO et al., 2007).

5.2.4 Prontuário eletrônico

Outro tema que apareceu nas falas dos entrevistados, principalmente dos profissionais foi referente ao prontuário eletrônico, assunto discutido nesta subcategoria.

Mendes (2010) descreve a constituição das RAS em três elementos: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde. O autor ainda considera que os sistemas logísticos constituem componente fundamental para a organização dessa rede, caracterizando soluções tecnológicas fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas nas RAS. Isso permite um sistema eficaz de referência e contrarreferência dos usuários e trocas eficientes de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio inseridos nas redes. (GONÇALVES et al., 2013).

O prontuário é um documento único constituído de um conjunto de informações, de sinais e de imagens registradas, geradas a partir de fatos, acontecimentos e situações sobre a saúde do paciente e a assistência a ele prestada, de caráter legal, sigiloso e científico, que possibilita a comunicação entre membros de uma equipe multiprofissional. Entre os tipos de prontuário, encontra-se o eletrônico que é um registro eletrônico que reside em um sistema especificamente projetado para apoiar os usuários, fornecendo acesso a um completo conjunto de dados corretos, alertas, sistemas de apoio à decisão e outros recursos, como *links* para bases de conhecimento médico. Este tipo de prontuário é uma proposta para atender as demandas dos novos modelos de atenção e de gerenciamentos dos serviços de saúde. (GONÇALVES et al., 2013, grifo do autor).

Vale ressaltar que, de acordo com a literatura, a modalidade eletrônica de prontuário garante que os dados do paciente possam ser compartilhados de forma efetiva e rápida por toda a equipe que atende o paciente, e esse intercâmbio é possível até mesmo em longas distâncias, o que pode também ocorrer nas RAS. Essa ferramenta elimina um problema comum na prática clínica: a ilegibilidade das informações escritas a mão pelos profissionais nos prontuários de papel, fato que pode gerar interpretações errôneas dos dados clínicos e, conseqüentemente, propedêutica e terapêutica inadequadas para o paciente. (PATRICIO et al., 2011 apud GONÇALVES et al., 2013).

Visando um melhor acesso às informações entre os serviços, o município de Farroupilha está passando por uma transição no sistema de atendimento nas unidades básicas de saúde. Será implantado um sistema online de prontuário eletrônico que tornará possível um maior acesso aos dados dos usuários, facilitando os atendimentos e os tornando mais eficazes, sem que o usuário precise contar sua história em todo o atendimento que buscar, conforme relato do profissional a seguir.

“Neste momento, estamos com a troca do sistema online de atendimento, que promete ser mais ágil e prático, quando implantado em todas as unidades e quando todos os profissionais estiverem capacitados, não teremos mais prontuários de papel e impressos. Estamos caminhando a passos lentos, também, por isso, os usuários reclamam pela demora nos atendimentos na unidade, mas acredito que será melhor para todos e irá interligar todos os serviços de saúde por onde o usuário passará pelos atendimentos (SMS, unidades de saúde, laboratórios, hospital, centro de diagnóstico por imagem)”. (P1).

Além de melhorar o acesso aos dados dos usuários, o sistema informatizado do prontuário clínico permite que as informações sejam guardadas por muito mais tempo, garantindo maior segurança para o paciente e sua família e facilitando a utilização dos dados em possíveis estudos epidemiológicos. O processamento desses dados possibilita que sejam verificadas as tendências sanitárias em determinada população, despertando previamente a atenção dos profissionais e gestores da saúde para possíveis epidemias, assim provocando medidas imediatas de controle, conforme relato do gestor a seguir.

“Há uma iniciativa de normatizar os serviços para que as informações sejam claras e objetivas a todos, sejam usuários ou profissionais. Para isso foi implantado um novo sistema informatizado de gestão, pois, nele todos nós teremos a mesma informação. Essa iniciativa uniformiza as informações de gestão e controle e melhora a comunicação com todas as partes envolvidas no processo”. (G1).

Como todo sistema de informação, o prontuário eletrônico tem seus empecilhos, que, muitas vezes, impedem a sua implantação. Dentre eles, podemos citar o alto custo para a implantação dessa ferramenta e a necessidade de treinamento dos profissionais que terão acesso ao mesmo, além do investimento em segurança, a fim de garantir o sigilo das informações dos usuários. Entretanto, deve-se verificar o custo-benefício dessa ferramenta, sendo que há evidências de que ela melhora a divisão de trabalho entre diferentes prestadores,

reduz a redundância de procedimentos, melhora o diagnóstico e o plano de cuidado. (GONÇALVES et al., 2013).

6 PROPOSTA DE INTERVENÇÃO

O produto final desta pesquisa foi a elaboração de um Programa de Educação Permanente em Saúde para o município de Farroupilha. Após a análise dos dados, verificou-se que os pontos mais críticos das RAS são a falta de conhecimento dos usuários na busca por atendimento das suas necessidades e a deficiência na comunicação entre os profissionais e serviços.

A construção do Programa se deu com base nas dificuldades destacadas durante as entrevistas. Para os profissionais, objetivou-se criar um programa de EPS que estimulasse a interação entre as equipes, com o intuito de melhorar a comunicação em cada serviço, como na rede como um todo, melhorando assim a efetividade no atendimento ao usuário. Para os usuários, objetivou-se disponibilizar um método educativo para que obtenham um conhecimento mais abrangente sobre o funcionamento da rede de saúde de Farroupilha, conhecendo assim os serviços disponíveis, a fim de que evitem transtornos e falta de atendimento, bem como o estímulo a participação do controle social nos espaços destinados às discussões, como o Conselho Municipal de Saúde.

O Programa de Educação Permanente em Saúde foi composto de 2 elementos:

- Estruturação de um programa de EPS aos profissionais e gestores com vistas ao fortalecimento das RAS, com foco principalmente na comunicação entre os serviços;
- Uma cartilha educativa ilustrada para os usuários e novos profissionais mostrando pontos importantes relativos a saúde do município.

6.1 Proposta de Programa de Educação Permanente em Saúde

- **Objetivo:** desenvolver um trabalho mais dinâmico e participativo com as equipes do município, com ênfase na abertura para a escuta e no compartilhamento dos saberes, destinado a planejar e executar ações de formação e capacitação dos trabalhadores com vistas ao desenvolvimento de novos modelos de trabalho, com base no contexto de cada serviço.
- **Missão:** desenvolver espaços formativos para o fortalecimento dos serviços e das Redes de Atenção à Saúde.
- **Participantes:** o núcleo deve ser composto por um profissional de cada serviço de saúde do município, incluindo também gestores do Pró-Saúde, Hospital São Carlos e

Secretaria Municipal de Saúde. O coordenador do grupo deverá ser escolhido no primeiro encontro, através de votação simples e com o aval da gestão municipal.

- Local: o núcleo deve reunir-se em local a ser definido pela gestão municipal, buscando uma área de fácil acesso a todos e que possua espaço para ações educativas.
- Quando: o núcleo de EPS deve reunir-se uma vez ao mês, a noite. Os profissionais devem estar fora do turno de trabalho, a fim de que este momento não tenha interrupções e as discussões tornem-se mais efetivas.
- Não há tempo determinado de duração do programa. Por visar uma integração dos serviços com vistas a melhora do atendimento prestado no município, o programa deve ser mantido enquanto houver demanda de assuntos a serem discutidos na rede.
- Idealiza-se que o núcleo seja institucionalizado pela gestão municipal, fazendo parte do calendário de ações de educação permanente, a fim de que haja uma maior aderência por parte nos profissionais ao programa proposto.
- Para ministrar os treinamentos, o núcleo pode estabelecer parcerias com instituições de ensino das cidades vizinhas como Caxias do Sul e Bento Gonçalves, visto que não há instituição formadora em Farroupilha e dessa forma alguns professores dos cursos da área da saúde são convidados a falar sobre os assuntos de sua especialidade.
- As informações sobre os eventos formativos serão disponibilizadas no *site* da Prefeitura Municipal de Farroupilha.

Para início do Programa, o núcleo deve se reunir a fim de conhecer o Programa de Educação Permanente em Saúde, discutir e elaborar estratégias formativas para serem instituídas nos serviços. Os dados deste estudo serão apresentados para que sirvam como base de discussão e conhecimento da realidade do município. Este encontro deverá ser ministrado por algum profissional especializado em EPS a ser definido antecipadamente.

Após o primeiro encontro com os representantes, os mesmos deverão iniciar o trabalho nos seus respectivos serviços, tornando de conhecimento de todos os profissionais o projeto. Deverá ser disponibilizada em cada serviço uma “caixa de sugestões” para que a equipe multidisciplinar possa colocar suas sugestões de assuntos a serem trabalhados nos encontros.

Através dos resultados obtidos neste estudo, sugere-se alguns assuntos que podem ser colocados em pauta, como: a falta de comunicação entre os serviços; as dificuldades no sistema de referência e contrarreferência; as orientações de alta, a capacitação dos

profissionais que atuam na RAS e a participação dos usuários nas demandas da saúde, em especial, como estimular a participação do controle social nos Conselhos e Conferências de Saúde.

Os momentos de formação em serviço terão duração de uma hora, uma vez por semana, ocorrendo em turnos alternados, de acordo com a organização de cada local. Toda a equipe multidisciplinar deve estar presente, além do profissional que ministra o encontro.

O monitoramento do Programa de EPS será feito pelo coordenador do núcleo, avaliando as atividades que estão sendo realizadas em cada serviço e a efetividade das ações realizadas, buscando identificar e propor meios de melhora dos serviços.

6.2 Cartilha educativa ilustrada

Nas entrevistas, é perceptível a falta de conhecimento sobre a rede de saúde e o seu funcionamento por parte dos usuários e de alguns profissionais de saúde, sobretudo os que estão iniciando suas atividades na RAS do município. Diante disso, foi elaborada uma cartilha educativa ilustrada, com os seguintes itens:

- Descrição dos serviços da Rede de Atenção à Saúde do município com informações relevantes sobre cada um (endereço, telefone, horário de atendimento, serviços prestados, etc);
- Caracterização do SUS, UBS, ESF, hospital (Classificação de Risco);
- O que é o Cartão Nacional do SUS e onde fazer;
- Descrição dos grupos de promoção e educação em saúde e incentivo à participação dos usuários;
- Conselho Municipal de Saúde e estímulo à participação dos usuários.

Esta cartilha será distribuída aos usuários nas unidades de saúde, de modo gratuito. Estará disponível também no site da Prefeitura Municipal de Farroupilha para visualização de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As Redes de Atenção à Saúde foram pensadas para fortalecer o SUS. Porém, o que se nota na prática é uma falta de articulação entre os profissionais e serviços. Ainda encontramos serviços trabalhando como “ilhas”, sem comunicação com as outras instituições, dificultando o acesso e o atendimento aos usuários.

No município de Farroupilha essa realidade não é diferente. O que se percebe é uma melhor articulação entre a atenção primária e secundária, pelo fato de ambas serem administradas pela Associação Farroupilhense Pró-Saúde. Por fazerem parte da mesma administração, as ações são mais padronizadas e efetivas. Apesar de um melhor entrosamento entre esses serviços, os profissionais e usuários ainda encontram dificuldades relacionadas a comunicação entre eles. Os profissionais julgam necessário um melhor entrosamento entre os serviços e a Secretaria Municipal de Saúde, seja na autorização de exames complementares ou na disponibilização de informações.

A atenção terciária, com apenas um hospital, trabalha de forma mais independente, não se articulando com a rede do município. Os profissionais da atenção primária se queixam da falta de retorno do hospital para as unidades básicas de saúde, o que nos mostra uma falta de comprometimento com a referência e contrarreferência. O que se percebe é que a referência é feita pelas unidades básicas de saúde, mesmo que às vezes não seja da forma correta, no formulário adequado, e sim com um contato telefônico, porém o hospital não costuma dar retorno aos serviços, dificultando a continuidade do tratamento por não saberem o que o paciente fez e qual foi a conduta estabelecida para o mesmo, visto que na maioria das vezes os usuários não sabem dar informações precisas sobre o atendimento recebido.

Um ponto que causa diversidade de opiniões entre usuários e profissionais/gestores é a pesquisa de satisfação. A pesquisa é uma ótima fonte de informações para a gestão, podendo avaliar o serviço prestado, porém para os usuários e profissionais esse instrumento não está sendo efetivo. Os usuários sentem-se desestimulados para preencherem as pesquisas de satisfação, visto que não veem melhorias e nem têm retorno das suas opiniões. Já os profissionais das unidades reclamam, pois não recebem retorno breve por parte dos gestores sobre as pesquisas. Torna-se necessário um trabalho mais efetivo em relação a pesquisa de satisfação, dando retorno, principalmente, para as partes envolvidas, a fim de que o instrumento seja efetivo na melhoria do atendimento.

Quanto aos usuários, o que se vê é a dificuldade no atendimento que se torna evidente pela falta de informações sobre os serviços e os fluxos de encaminhamentos. Tem

usuários bem informados, que sabem utilizar o sistema e para estes, a rede é bastante efetiva, porém, a grande maioria encontra dificuldade pelo desconhecimento da rede de atenção a saúde.

Em Farroupilha, os usuários precisam ser mais estimulados a terem participação nas ações de saúde, em especial nos espaços coletivos, como o Conselho Municipal de Saúde, que tem pouca adesão da população e é até desconhecido pela grande maioria deles.

A orientação para a população é uma necessidade, visando uma melhor organização dos serviços, com recursos disponíveis a todos, de acordo com a necessidade de cada usuário, no local adequado para o momento.

Para a enfermagem, o programa será de grande valia, visto que na maioria das instituições os profissionais da enfermagem não recebem orientações sobre as redes. Com profissionais mais conhecedores da RAS, a assistência, as orientações e os encaminhamentos serão muito mais efetivos e os profissionais se sentirão mais inseridos no contexto da saúde do seu município, tendo espaços para discussão dos problemas e retirada de dúvidas.

Diante deste contexto, a educação permanente em saúde constitui-se como um instrumento importante na busca de melhorias, tornando os profissionais responsáveis e protagonistas das melhorias nos serviços, de acordo com a realidade de cada um e por isto este trabalho teve como meta propor ao município de Farroupilha um programa de Educação Permanente em Saúde no qual os profissionais possam debater sobre as dificuldades encontradas no dia a dia e todos trabalharem juntos em busca da solução dos problemas. Foi desenvolvida a estrutura do programa de EPS em que os problemas serão debatidos nos próprios serviços e na rede como um todo, abrangendo todos os profissionais. Também fez parte deste programa de EPS uma cartilha, desenvolvida pela autora, a fim de orientar a população e os novos profissionais sobre a RAS do município de Farroupilha, buscando um melhor conhecimento de todos, principalmente dos usuários sobre os serviços disponíveis e como acessá-los.

A execução deste trabalho teve limitação na comunicação, principalmente com os profissionais e gestores. Tentou-se contato com os gestores algumas vezes, para retirada de dúvidas e verificação dos dados contidos na cartilha, porém sem sucesso.

REFERÊNCIAS

ACOSTA, A.M. **Transição do cuidado de pacientes com doenças crônicas:** do serviço de emergência para o domicílio. Orientadora: Maria Alice Dias da Silva Lima. Tese (Doutorado), Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR- RS, 2016.

ACOSTA, A.M.; LIMA, M.A.D.da S. **Usuários frequentes de serviço de emergência:** fatores associados e motivos de busca por atendimento. Revista Latino-Americana de Enfermagem, São Paulo, v.23, n.2, p. 337-344, mar.-abr. 2015.

ANDRADE, A.M. et al. **Organização das Redes de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais da Atenção Domiciliar.** Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 34, n. 1, p. 111-117, 2013.

ARAÚJO, I.S.; CARDOSO, J.M. Comunicação e Saúde: desafios para um Pensar-Fazer em Sintonia com o SUS. In: PELICIONI, M.C.F.; MIALHE, F.L. **Educação e Promoção da Saúde:** teoria e prática. São Paulo: Santos, 2012. p. 115-132.

ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE. Farroupilha, 2017. Disponível em: <<http://prosaudefarroupilha.org.br/novo/pro-saude/>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BARBOUR, R. **Grupos focais.** Porto Alegre: Artmed, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Entendendo o SUS.** Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2013/agosto/28/cartilha-entendendo-o-sus-2007.pdf>>. Acesso em: 19 ago. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, DF, 2012. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 22 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.** Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF, 2010. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html>. Acesso em: 12 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderno 1 – A implantação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Caderno 3 – Educação Permanente.** Brasília, DF, 2000. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cad03_educacao.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012.** Brasília, DF, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso

em: 20 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Transparência, Fiscalização e Controladoria Geral da União. **Controle Social – Conselhos Municipais e controle social**. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<http://www.portaldatransparencia.gov.br/controlSocial/ConselhosMunicipaiseControleSocial.asp>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. **O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social**. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-65, 2004.

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

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. Integralidade do cuidado como eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS ABRASCO, 2003. p. 197-210.

CESAR, A.M.; SANTOS, B.R.L. dos. Percepção de cuidadores familiares sobre um programa de alta hospitalar. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 58, n. 6, nov./dez. 2005.

ESCOREL, S.; MOREIRA, M.R. Participação Social. In: GIOVANELLA, L. (Org.). **Política e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro, Fiocruz, 2. ed., 2014. p. 853-883.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B. **Linhas do cuidado integral: uma proposta de organização da rede de saúde**. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em: 19 ago. 2015.

FRANCO, T.B. As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. In: PINHEIRO E MATTOS (Orgs.). **Gestão em Redes**. Rio de Janeiro: CEPESC-UERJ-LAPPIS, 2006.

FRATINI, J.R.G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. **Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde**. Ciência, Cuidado e Saúde, Maringá, v. 7, n. 1, p. 65-72, jan./mar. 2008.

GONÇALVES, C.R. et al. **Recursos humanos: fator crítico para as redes de atenção à saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 26-34, jan.-mar. 2014.

GONÇALVES, J.P.P. et al. **Prontuário Eletrônico: uma ferramenta que pode contribuir para a integração das Redes de Atenção à Saúde**. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 43-50, jan.-mar. 2013.

HIRIART, G.M.; GATICA, X.S. **Pacientes policonsultantes: ¿um sintoma del sistema de salud em Chile?** Acta Bioethica, Santiago, v. 20, n. 2, p. 215-223, 2014.

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS. Farroupilha, 2015. Disponível em:

<<http://www.hbsc.com.br/site/>>. Acesso em: 20 ago. 2015.

LAVRAS, C. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, 2011.

LIMA, D.P.; LEITE, M.T. de S.; CALDEIRA, A.P. **Redes de Atenção à Saúde**: a percepção dos médicos trabalhando em serviços de urgência. Rio de Janeiro, Saúde Debate, v. 39, n. 104, p. 65-75, jan.-mar. 2015.

LOTTENBERG, C. **A saúde brasileira pode dar certo**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

MALAGUTTI, W.; CAETANO, K.C. **Gestão do Serviço de Enfermagem no Mundo Globalizado**. Rio de Janeiro: Rubio, 2009.

MEDEIROS et al. Caminhos para a construção de uma Estratégia de Referência e Contra-Referência para o Sistema Público de Saúde em São Leopoldo, RS. In: MEDEIROS, J.E.; GUIMARÃES, C.F. **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. p. 219-238.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Ciências e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010.

MENEGHEL, S.N. et al. Ouvindo os desejos da Comunidade. In: MEDEIROS, J.E.; GUIMARÃES, C.F. **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. p. 117-135.

MIASSO, A.I.; CASSIANI, S.H. de B. **Administração de medicamentos**: orientação final de enfermagem para a alta hospitalar. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, v. 39, n. 2, jun. 2005.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

MOREIRA, M. de F.; NOBREGA, M.M.L. de; SILVA, M.I.T. da. **Comunicação escrita**: contribuição para a elaboração de material educativo em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 56, n. 2, p. 184-188, mar/abr. 2003.

PAIM, J.S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

POMPEO, D.A. et al. **Atuação do enfermeiro na alta hospitalar**: reflexões a partir dos relatos de pacientes. Acta Paulista Enfermagem, São Paulo, v. 20, n. 3, p. 345-50, 2007.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA. Farroupilha, 2017. Disponível em: <<http://www.farroupilha.rs.gov.br/novo/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

REBERTE, L.M. **Celebrando a vida**: construção de uma cartilha para promoção da saúde da

gestante. São Paulo, 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/premio2009/luciana_magnoni.pdf>. Acesso em: 22 mai. 2017.

RODRIGUES, L.A.; VIEIRA, J.D.M.; LEITE, I.C.G. **Avaliação do fluxo de referência para um centro de especialidade odontológicas implantado em cidade de médio porte na região Sudeste.** Caderno de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 40-45, 2013.

RODRIGUES, L.B.B. et al. **A atenção primária à saúde na coordenação das redes de atenção: uma revisão integrativa.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 343-352, 2014.

ROLIM, L.B.; CRUZ, R.S.B.L. C.; SAMPAIO, K.J.A.J. **Participação popular e o controle social como diretriz do SUS: uma revisão narrativa.** Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 37, n. 96, p. 139-147, jan./mar. 2013.

ROSA, L.G.J de la; JÚSTIZ, I.A.; GARCÍA, C.P. **Aspectos teóricos y aplicación práctica en la promoción y educación para la salud.** MEDISAN: Santiago de Cuba, v. 13, n. 5, 2009. Disponível em: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13_5_09/san19509.htm>. Acesso em: 23 mai. 2017.

ROSSI, C.A.V.; SLONGO, L.A. **Pesquisa de satisfação de clientes: o Estado-da-Arte e Proposição de um método brasileiro.** RAC, v. 2, n. 1, p. 101-112, jan./abr. 1998.

ROZEMBERG, B. Comunicação e Participação em Saúde. In: CAMPOS, G.W. de S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** 2. ed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

SANTOS, C.M.; TENÓRIO, F.P.S.; KICH, F.D. **Educação Permanente em Saúde no Estado do Sergipe: saberes e tecnologias para implantação de uma política.** 1ª ed. Aracaju: Livro do Aprendiz, 2011.

SERRA, C.G.; RODRIGUES, P.H.A. **Avaliação da referência e contrarreferência no Programa Saúde da Família na Região Metropolitana do Rio de Janeiro (RJ, Brasil).** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 15, p. 3579-3586, 2010.

SILVA, B.F.S.; BENITO, G.A.V. **A voz de gestores municipais sobre o acesso à saúde nas práticas de gestão.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2189-2200, 2013.

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

TORRES, H.C. et al. **O processo de elaboração de cartilhas para orientação do autocuidado no programa educativo em Diabetes.** Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 62, n. 2, p. 312-316, 2009.

VAZQUEZ, F.L. et al. **Referência e Contrarreferência na Atenção Secundária em Odontologia em Campinas, SP, Brasil.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 245-255, 2014.

**APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS –
CONTROLE SOCIAL**

- () ESF
- () CES
- () Saúde mental
- () Emergência hospitalar

1. Comente sobre suas vindas ao serviço de saúde.
2. Fale sobre a assistência à saúde prestada no município e como suas necessidades foram atendidas.
3. Fale sua opinião sobre os profissionais que atuam nos serviços e as orientações dadas por eles.
4. Em relação a rede hospitalar, comente em que momentos você utilizou o serviço e quais foram as orientações de alta.
5. Fale sobre os fluxos de encaminhamentos e se você já opinou sobre eles.
6. Dê alguma sugestão para a melhora na saúde do município.

APÊNDICE B – INSTRUMENTO DE ENTREVISTA PARA COLETA DE DADOS – ATENÇÃO E GESTÃO

1. Há uma diferença no atendimento dependendo do serviço de saúde. Como profissional de saúde qual a sua impressão sobre o relato dos usuários?
2. Falta comunicação entre os serviços. Encaminhamentos feitos por guias, que às vezes estão erradas. Comente, como profissional de saúde, se você acha que este pode ser um nó crítico na rede de atenção.
3. Devolutiva das pesquisas de satisfação não tem integração com os usuários. Maior incentivo ao controle social. Comente como você percebe a participação do usuário nas demandas de saúde do município.
4. Somente orientações médicas na alta. E a equipe multidisciplinar? Na sua realidade como é a atuação da equipe multidisciplinar quanto as orientações de alta?
5. Fragilidade na referência e contrarreferência. Encaminhamentos ao hospital. Comente como podemos avançar.
6. Existe uma diferença no atendimento entre o morador do bairro e o morador do interior devido a falta de unidades de saúde em algumas áreas rurais. Comente como é o atendimento para os usuários rurais. Eles podem frequentar qualquer unidade de saúde?

**APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– CONTROLE SOCIAL**

Eu, Janaína Molon Mansan, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, sob a orientação da professora Dra. Simone Edi Chaves, convido você a participar da pesquisa intitulada Redes de Atenção à Saúde: um desafio ao município de Farroupilha. O objetivo desse estudo é analisar a Rede de Atenção do município com vistas a formulação de um Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede. Os dados serão coletados por meio de entrevistas com usuários do SUS nas unidades ESF São José, CES e CAISME e na emergência do Hospital São Carlos. Os resultados das entrevistas serão discutidos em um grupo com profissionais de saúde e gestores municipais.

Você não terá custos para participar do estudo. A entrevista será realizada na unidade de saúde no horário em que você buscou atendimento sem colocar em prejuízo quaisquer atividades. Ao final da pesquisa será elaborado um Programa para treinamento dos profissionais afim de melhorar o atendimento prestado aos usuários do município em estudo. Os riscos em participar deste estudo são mínimos, caso haja algum problema psicológico será colocado a sua disposição o serviço de atendimento psicológico do município, sob responsabilidade da pesquisadora.

Você está assegurado, por meio deste termo, que será preservado o sigilo das falas e contribuições que vierem durante a entrevista. Caso você tenha qualquer dúvida sobre os assuntos relacionados com a pesquisa e no que consiste sua participação pode nos contatar pelos fones Janaína (54) 9979-7942 ou Simone (51) 8177-7704.

Você não será identificado na ocasião da divulgação dos resultados, e as informações serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Você tem a liberdade de interromper sua participação a qualquer momento sem que isto lhe traga prejuízos.

Este estudo está em conformidade com a Resolução 466/12 acerca dos procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, e que será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

A entrevista será gravada para que depois possa ser analisada, e apagada logo após a realização do estudo.

Declaro que concordo em participar do estudo e que recebi uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que é formado de duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para a pesquisadora. (Resolução 466/12).

Data: ____/____/____.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

**APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)
– GRUPO FOCAL**

Eu, Janaína Molon Mansan, aluna do curso de Mestrado Profissional em Enfermagem da Unisinos, sob a orientação da professora Simone Edi Chaves, convido você a participar da pesquisa intitulada Redes de Atenção à Saúde: um desafio ao município de Farroupilha. O objetivo desse estudo é analisar a Rede de Atenção do município com vistas a formulação de um Programa de Educação Permanente para os profissionais da rede. Os dados serão coletados primeiramente com usuários do SUS nas unidades ESF São José, CES e CAISME e na emergência do Hospital São Carlos, através de entrevistas semi-estruturadas, após análise desses dados haverá um grupo focal, no qual você está sendo convidado neste momento a participar, afim de que profissionais destas unidades e da gestão municipal possam discutir sobre a assistência que está sendo prestada em Farroupilha.

Você não terá custos para participar do estudo. O grupo focal ocorrerá fora do horário de trabalho, em horário e local determinados conforme disponibilidade dos participantes. A contribuição desta pesquisa está na possibilidade de ampliação de estudos de formação de profissionais da saúde no campo da atenção integral à saúde. Os riscos em participar deste estudo são mínimos, caso haja necessidade será disponibilizado do serviço de Psicologia do município, sob responsabilidade da pesquisadora.

Está assegurado, por meio deste termo, que será preservado o sigilo das falas e contribuições que vierem durante o grupo. Caso você tenha qualquer dúvida acerca dos assuntos relacionados com a pesquisa e no que consiste sua participação pode nos contatar pelos fones Janaína (54) 9979-7942 ou Simone (51) 8177-7704.

Você não será identificado na ocasião da divulgação dos resultados, e as informações obtidas serão utilizadas apenas para fins científicos vinculados ao presente projeto de pesquisa. Você tem a liberdade de retirar seu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo sem que isto lhe traga prejuízos.

Este estudo está em conformidade com a Resolução 466/12 acerca dos procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, e que será submetido ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

As falas do grupo serão gravadas por meio de um gravador digital, cujos dados serão transcritos posteriormente em sua íntegra e apagados logo após a realização do estudo.

Declaro que concordo em participar do estudo e que recebi uma via do presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que é formado de duas vias, sendo uma para o entrevistado e outra para o pesquisador. (Resolução 466/12).

Data: ____/____/____.

Nome do entrevistado

Assinatura do entrevistado

Nome do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador responsável

**APÊNDICE E- CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE
PRÓ-SAÚDE**

**APÊNDICE E- CARTA DE ANUÊNCIA DA ASSOCIAÇÃO
FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE**

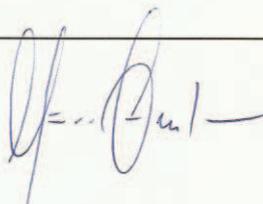
Eu, Márcio Guilden, gerente geral da Associação Farroupilhense Pró-Saúde, autorizo a pesquisadora Janaína Molon Mansan do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), a desenvolver nesta instituição seu projeto de pesquisa intitulado "Redes de Atenção à Saúde: um desafio ao município de Farroupilha" que está sob orientação da Prof. Dra. Simone Edi Chaves, cujo objetivo é analisar a Rede de Atenção do município com vistas a formulação de um Programa de Educação Permanente aos profissionais da rede.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) a garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) no caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

12 / 03 / 16

Márcio Guilden



APÊNDICE F - CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS

CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS

Eu, Francisco Isaías, administrador do Hospital Beneficente São Carlos, autorizo a pesquisadora Janaina Molon Mansan do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), a desenvolver nesta instituição seu projeto de pesquisa intitulado “Redes de Atenção à Saúde: um desafio ao município de Farroupilha” que está sob orientação da Prof. Dra. Simone Edi Chaves, cujo objetivo é identificar deficiências na rede de atenção à saúde de Farroupilha com vistas a elaboração de um Programa de Educação Permanente aos profissionais da rede.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

28 / 10 / 15

Francisco Isaías

APÊNDICE G - CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA

CARTA DE ANUÊNCIA DA PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA

Eu, Claiton Gonçalves, prefeito municipal de Farroupilha, autorizo a pesquisadora Janaína Molon Mansan do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Vale dos Sinos (UNISINOS), a desenvolver seu projeto de pesquisa intitulado "Redes de Atenção à Saúde: um desafio ao município de Farroupilha" que está sob orientação da Prof. Dra. Simone Edi Chaves, cujo objetivo é identificar deficiências na rede de atenção à saúde de Farroupilha com vistas a elaboração de um Programa de Educação Permanente aos profissionais da rede.

Ciente dos objetivos, métodos e técnicas que serão usados nesta pesquisa, concordo em fornecer os subsídios para seu desenvolvimento, desde que seja assegurado o que segue abaixo:

- 1) O cumprimento das determinações éticas da Resolução 466/12;
- 2) A garantia de solicitar e receber esclarecimentos antes, durante e depois do desenvolvimento da pesquisa;
- 3) Que não haverá nenhuma despesa para esta instituição que seja decorrente da participação nessa pesquisa; e
- 4) No caso do não cumprimento dos itens acima, a liberdade de retirar minha anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.

10 / 11 / 15

Claiton Gonçalves

AUTORIZO

Claiton Gonçalves
Prefeito Municipal

APÊNDICE H – PARECER DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA UNISINOS



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAPPG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Revisto agosto 2017

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA RESOLUÇÃO 226/2015

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 15/263 **Versão do Projeto:** 14/12/2015 **Versão do TCLE:** 14/12/2015

Coordenadora:

Mestranda Janaina Molon Mansan (Mestrado Profissional em Enfermagem)

Título: REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: um desafio ao Município de Farroupilha.

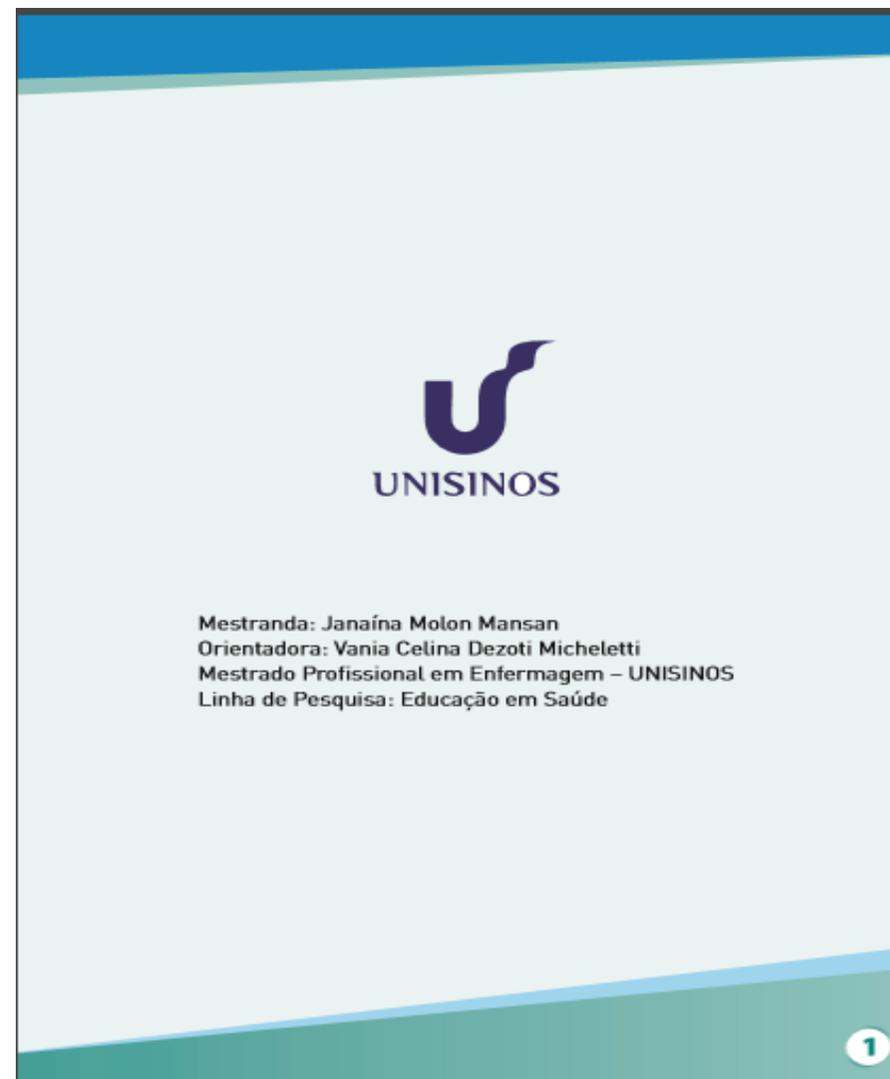
Parecer: O projeto foi APROVADO, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 466/12, item XL2, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 14 de dezembro de 2015.


Prof. Dr. José Roque Junges
Coordenador do CEP/UNISINOS

APÊNDICE I – CARTILHA EDUCATIVA ILUSTRADA



Sumário

1 - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

1.1 Cartão Nacional do SUS

2 - Rede de Atenção à Saúde de Farroupilha

1.1 Secretaria Municipal de Saúde

1.2 Farmácia Popular

1.3 Central de Marcação de Consultas

1.4 Unidades Básicas de Saúde (UBS)

1.5 Estratégias de Saúde da Família (ESF)

1.6 Saúde Bucal

1.7 Centro de Especialidades em Saúde (CES)

1.8 Centro Municipal de Fisioterapia

1.9 Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)

1.10 Centro de Atendimento Integrado em Saúde Mental – CAISME

1.11 CAPS I – “Saber Viver”

1.12 CAPS AD – “Cuca Legal”

1.13 Residencial Terapêutico

1.14 Casa Lar Padre Oscar Bertholdo

1.15 Hospital Beneficente São Carlos

1.16 Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

3 - GRUPOS DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

4 - CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

Todos os brasileiros, desde o nascimento, têm direito aos serviços de saúde gratuitos.

O SUS é a rede que reúne postos de saúde, ambulatórios, hospitais, laboratórios, enfim, todos os estabelecimentos públicos de saúde responsáveis por garantir o direito dos cidadãos a consultas, exames, internações e tratamentos.

Os serviços prestados pelo SUS são destinados a todos os cidadãos e são financiados com recursos arrecadados por meio de impostos e contribuições pagos pela população. (GUIA DE DIREITOS, 2017).

CARTÃO NACIONAL DO SUS

Todos os cidadãos devem ter o cartão SUS.

Em Farroupilha ele deve ser feito na Secretaria Municipal da Saúde, UBS Central, Centro de Especialidades, ESF 1º de Maio II, ESF Medianeira ou ESF Monte Pasqual.

O Cartão Nacional de Saúde é um instrumento que possibilita a vinculação dos procedimentos executados no âmbito do SUS ao usuário, ao profissional que os realizou e também à unidade de saúde onde foram

realizados. Para tanto, é necessária a construção de cadastros de usuários, de profissionais de saúde e de unidades de saúde. A partir desses cadastros, os usuários do SUS e os profissionais de saúde recebem um número nacional de identificação. (PORTAL DA SAÚDE, 2017).



Fonte: Portal da Saúde (2017).

Você sabe quais são os serviços de saúde de Farroupilha?



Fonte: Associação Farroupilhense Pró-Saúde [2017].

VAMOS CONHECER UM POUCO SOBRE ELES:

Fonte: Associação Farroupilhense Pró-Saúde [2017] e Prefeitura Municipal de Farroupilha [2017].

Secretaria Municipal de Saúde

Endereço: Rua 14 de julho, 710 – Centro CEP: 95180-000 – Farroupilha – RS

Horário de atendimento: das 9h às 16h

E-mail: saude@farroupilha.rs.gov.br

Telefone: (54) 3261.6984

Farmácia Popular

Endereço: Rua Gonçalves Dias, nº 134, Centro.

Telefone: 3412-5525

Destina-se à distribuição gratuita de medicamentos da rede básica e especializada, de maneira individualizada aos seus usuários.

Retirada do medicamento: o usuário deve apresentar o receituário médico ou odontológico em duas vias e com o nome genérico do medicamento. Para os receituários do SUS e do Hospital São Carlos não é exigida qualquer comprovação de renda. Para os demais receituários (particulares, convênios ou planos de saúde) é necessária a apresentação de "comprovação de residência no município e renda mensal per capita de até três salários mínimos" (Lei Municipal nº2689 de 21 de maio de 2002).

A Farmácia também recolhe medicamentos com data de validade vencida, realizando o descarte adequado junto à empresa especializada para este fim. (ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE, 2017).

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

As UBS ou Postos de Saúde são locais onde você pode receber atendimentos básicos e gratuitos em Pediatria, Ginecologia, Clínica Geral, Enfermagem e Odontologia.

Os principais serviços oferecidos pelas UBS são consultas médicas, inalações, injeções, curativos, vacinas, tratamento odontológico, encaminhamentos para especialidades e fornecimento de medicação básica.

Sempre que procurar uma UBS, você deve levar um documento de identificação pessoal (Carteira de Trabalho, Carteira de Identidade, etc) e o Cartão do SUS. Se o atendimento for para uma criança, você deve levar os documentos do responsável e da criança (Certidão de Nascimento ou a Carteira de Vacinação).

Ao chegar na Unidade de Saúde, procure o balcão de atendimento. Sempre que possível agende a consulta antecipadamente, dessa maneira você pode garantir que será atendido nos dias e horários marcados, evitando assim a perda de tempo e possibilitando a melhora na qualidade do atendimento. (GUIA DE DIREITOS, 2017).

Cada Unidade é responsável por atender uma determinada área da cidade, por essa razão procure sempre a UBS mais próxima de sua casa

para garantir o atendimento. Caso você precise, será encaminhado a outros serviços para realização de exames e consultas especializadas.



Para ser atendido nas Unidades de Saúde de Farroupilha, agende sua consulta através da Central de Agendamento de Consultas:



Fonte: Associação Farroupilhense Pró Saúde (2017).

UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DE FARROUPILHA:

UBS Central

Endereço: Rua 13 de Maio, 533 - Bairro Centro

Fone: 3268-1284

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas

UBS Belvedere

Endereço: Rua Amélia Bampi, 445 – Esquina Colorado – Bairro Belvedere

Fone: 3268-0370

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas

UBS Burati

Endereço: Prolongamento Figueira, 10 - 3º distrito

Fone: 8425-7421

Horário de atendimento: apenas pela manhã (das 8 às 11 horas) de segunda a sexta-feira

·Atende toda a comunidade do 3º distrito de Farroupilha

UBS Vila Esperança

Endereço: Rua Esperança

Fone: 8425-7421

Horário de atendimento: apenas a tarde (das 13:30 às 16:30) de segunda a sexta-feira

·Atende os moradores de Vila Nova, Monte Bérico, Nossa Senhora das Graças e Linha Palmeiro

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA - ESF

Todas as famílias são cadastradas pelo Agente Comunitário de Saúde e ele deve estar atento à saúde da sua população. O agente visita as famílias periodicamente e quando identifica alguma doença avisa aos demais profissionais da equipe e agenda consultas, que são realizadas na UBS. Em alguns casos, a equipe se desloca até a casa do doente.

Após ser atendido na UBS, se o paciente precisar, é encaminhado aos serviços especializados ou hospitais.



Fonte: Google Imagens (2017).

ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA DE FARROUPILHA:

ESF 1º de Maio I

Endereço: Rua Antônio Sachet, 17 - Bairro 1º de Maio

Fone: 3261-4668

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as quartas-feiras das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF 1º de Maio II

Endereço: Rua Remiggio Tartarotti, 765 - Bairro 1º de Maio

Fone: 3268-1435

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as sextas-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF Cruzeiro

Endereço: Rua Ângelo Paç, 320 - Bairro Cruzeiro

Fone: 3268-4614

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as terças-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF Cinquentenário

Endereço: Rua Prefeito Arno Domingos Busetti, 60 - Bairro Cinquentenário
Fone: 3261-4300

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

ESF Industrial

Endereço: Rua Arthur Perotoni, 232 - Bairro Industrial | Fone 3268.7366

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as quintas-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF Medianeira

Endereço: Rua Treviso, 377 - Bairro Medianeira | Fone: 3261-4187

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as quintas-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF Monte Pasqual

Endereço: Rua Santo Augusto, 820 - Bairro Monte Pasqual
Fone: 3268-9933

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as terças-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

ESF São José

Endereço: Rua Pedro Koff, 300 - Bairro São José | Fone: 3268-1207

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Reunião de Equipe: todas as quartas-feiras, das 15 às 17h (a unidade encerra o atendimento externo durante a reunião).

Sábado do Trabalhador: 1 vez ao mês, das 8 às 12h, com atendimento da ESF dando prioridade a trabalhadores (agendamento com os ACS).

SAÚDE BUCAL



Onde procurar atendimento?

Nas UBS (Central e Belvedere) são realizadas atividades relativas à atenção básica tais como, restaurações dentárias, extrações, tratamento de problemas gengivais, além de procedimentos preventivos como profilaxias e aplicação de flúor.

Nas ESF (Medianeira, Cinquentenário, Industrial, 1º de Maio I, 1º de Maio II, Monte Pasqual e São José) o trabalho é desenvolvido por Equipes de Saúde Bucal (ESB), compostas por cirurgião-dentista e Auxiliar de Saúde Bucal.

As ESB realizam, também, visitas domiciliares para criação de vínculo e identificação das necessidades dos usuários que apresentam dificuldade para acessar a unidade de saúde.

Cada ESB tem sob sua responsabilidade as escolas localizadas na área de cobertura a qual pertence. Nessas escolas, a equipe de saúde bucal realiza atividades de educação em saúde com os estudantes, exame bucal com a finalidade de identificar alunos com necessidades de tratamento odontológico, escovação dental supervisionada e aplicação tópica de flúor nos escolares identificados como sendo de alto risco para doenças bucais.

Fonte: Associação Farrroupilhense Pró-Saúde (2017).

Centro de Especialidades em Saúde (CES)

Endereço: Rua Coronel Pena de Moraes, nº 59, ao lado do cemitério público municipal.

Fone: 3268-5332

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Serviços disponíveis no CES:

- Consultas com Clínico Geral, Pediatra e Ginecologista
- Consultas referenciadas para as especialidades de Dermatologia, Cardiologia, Traumatologia-Ortopedia, Gastroenterologia, Proctologia, Urologia, Mastologia e avaliação em Cirurgia Geral e Cirurgia Ginecológica.
- Procedimentos ginecológicos especializados: colposcopia, vulvoscopia, inserção de Dispositivo Intra Uterino (DIU), biópsias ginecológicas e aplicação de Ácido Tricloacético (ATA).
- Exames especializados: eletrocardiograma.
- Procedimentos de ortopedia: punções, bloqueios, colocação de gesso e retiradas de fios de aço cirúrgicos.
- Consultas e atividades de enfermagem como medição de peso, altura, pressão arterial, glicemia e realização de curativos.
- Coleta de exame citopatológico (CP) - Exame de prevenção de câncer de colo uterino.
- Imunizações/vacinas e triagem neonatal com Teste do Pezinho.
- Grupo de Planejamento Familiar, com orientações sobre métodos contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.
- Distribuição gratuita de preservativos.
- Grupo de educação em saúde para gestantes.
- Grupo de atendimento e orientação aos estomizados.

Fonte: Associação Farrroupilhense Pró-Saúde (2017).

Centro Municipal de Fisioterapia

Endereço: Rua Paulo Broilo, 526 – sala 10.

Fone: 3261-5721

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Serviço de fisioterapia dedicado à recuperação e ao tratamento de deformidades, traumas, doenças do aparelho locomotor, e problemas do neurodesenvolvimento.

Programa de Atendimento Domiciliar (PAD)

Rua: Gonçalves Dias, 134 - Bairro Imigrante

Fone: 3056-7950

Atende:

- Acamados que necessitem de atendimento médico, fisioterapêutico, psicológico e procedimentos de enfermagem;
- Usuários de oxigenioterapia;
- Outros usuários que houver necessidade de serem avaliados pela equipe de Atendimento Domiciliar

Este serviço é priorizado para usuários que residem fora da área de abrangência da Estratégia de Saúde da Família, principalmente no interior do nosso município.

Centro de Atendimento Integrado em Saúde Mental – CAISME

Endereço: Rua Papa João XXIII, nº 640, bairro Imigrante.

Fone: 3261-1611 ou 3268-1286

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 7:30 às 11:30 e das 13:00 às 17:00 horas.

Presta serviço ambulatorial de saúde mental para adultos, adolescentes e crianças em sofrimento mental de leve a moderado, estáveis e que necessitam de atendimento psicológico.

Os casos de suspeita de uso de drogas sem diagnóstico confirmado deverão ser encaminhados para um acolhimento neste serviço. Em caso de confirmação de uso problemático de drogas eles serão encaminhados para o serviço adequado.

CAPSI – “Saber Viver”

Endereço: Rua da República nº 1041, bairro do Parque.

Fone: 3268-6877

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 8 às 18:00 horas, sem fechar ao meio-dia.

Serviço comunitário de saúde mental, substitutivo da internação, que acolhe e cuida de pessoas em situação de sofrimento mental grave e persistente que necessitam de cuidados intensivos.

CAPSAD – “Cuca Legal”

Endereço: Rua Papa João XXIII, nº 640, bairro Imigrante.

Fone: 3261-7924

Horário de atendimento: segunda a sexta-feira das 8 às 18:00 horas, sem fechar ao meio-dia.

Trata-se de um serviço comunitário, substitutivo da internação, que toma para si a responsabilidade de cuidar de pessoas que sofrem pelo uso problemático de drogas.

Oferece ambulatório de desintoxicação para os casos leves, de caráter voluntário, que não demandam retaguarda hospitalar.

O serviço proporciona aos usuários um programa de tratamento e recuperação que auxilie na manutenção da abstinência (se o paciente desejar) ou no controle do uso de substâncias psicoativas que possam garantir maior qualidade de vida.

Residencial Terapêutico

Rua: Tiradentes, 240 - Bairro Centro
Fone: 3401-2215 / 9976-5016

É um serviço de saúde mental que funciona como uma moradia transitória para pessoas que sofrem de transtorno mental e necessitam de cuidados permanentes, encontrando-se em situação de abandono, vulnerabilidade e com os laços familiares fragilizados ou rompidos.

Casa Lar Padre Oscar Bertholdo

Endereço: Rodovia dos Romeiros, nº 2168.
Fone: 3261-5934

Presta serviço de acolhimento em caráter gratuito e continuado a crianças e adolescentes de 0 a 18.

GRUPOS DE PROMOÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Fonte: Associação Farroupilhense Pró-Saúde (2017).

As UBS e ESF contam com grupos de auxílio aos pacientes, temos diversos grupos sendo realizados no município, informe-se na sua unidade e participe.

Veja alguns deles:

•Grupo da primeira infância

ESF Cruzeiro + ESF Industrial + ESF Medianeira + ESF São José

•Grupo de adolescentes

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial +
ESF Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

•Grupo do equilíbrio

ESF 1º de Maio I

•Grupo de gestantes

UBS Central + ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II +
UBS Belvedere + ESF Cinquentenário + ESF Industrial + ESF
Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José + CES

•Grupo de idosos

ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial + ESF
Medianeira
+ ESF Monte Pasqual + ESF São José

•Grupo de estomizados

(CES)

•Grupo de planejamento familiar

UBS Belvedere + ESF Cinquentenário + CES

•Grupo de diabetes e hipertensão

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial +
ESF
Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

•Grupo de caminhada

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial +
ESF
Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

•Grupo de artesanato

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial +
ESF
Medianeira + ESF Monte Pasqual

-Grupo de reeducação postural

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + ESF Industrial + ESF Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

-Grupo de reeducação alimentar e manutenção

ESF Cruzeiro + ESF 1º de Maio I + ESF 1º de Maio II + UBS Belvedere + ESF Cinquentenário + ESF Industrial + ESF Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

-Grupo de terapia comunitária

ESF Industrial + ESF Medianeira + ESF Monte Pasqual + ESF São José

-Projeto “gol de placa”

ESF Cruzeiro + ESF Industrial + ESF Medianeira + ESF São José

-Grupo de apoio psicológico

ESF Cruzeiro + ESF Medianeira



Fonte: Google Imagens (2017).

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS – HBSC

Endereço: Rua da República, 51 - Centro
Aberto 24 horas por dia

O hospital é o lugar destinado ao atendimento aos casos mais graves.



hospital

Fonte: Google Imagens (2017).

Você sabia?

Quando você chegar no hospital, será feita a Classificação de Risco, e você será classificado e aguardará atendimento de acordo com a gravidade do seu caso.

Todos os pacientes que chegarem ao hospital em estado mais grave irão passar na sua frente.

Por isso, se você é classificado como verde ou azul, procure a Unidade Básica de Saúde.



Fonte: Google Imagens (2017).



Fonte: Brasil (2006).

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência - SAMU

Farroupilha conta com o serviço do SAMU que está localizado no Hospital São Carlos.

Em casos de urgência e emergência você pode contatar o SAMU, pelo telefone 192.

Você será atendido por uma Central que irá avaliar a necessidade da ambulância ir até a sua casa.



Fonte: Google Imagens (2017).

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE

Os Conselhos de Saúde são espaços destinados às discussões sobre a saúde do município.

Você, usuário, é muito importante nisso, pois junto com os profissionais e gestores, pode reivindicar seus direitos e decidir onde serão aplicadas as verbas da saúde.

O Conselho do nosso município se reúne 1 vez por mês no Centro de Atendimento ao Cidadão (CEAC). Rua 14 de julho, 710.

Se informe no CEAC e participe das reuniões!



Fonte: Brasil (2006).

O SUS possui espaços de escuta e participação para receber suas sugestões e críticas, como as Ouvidorias e os Conselhos Gestores e de Saúde.



Fonte: Google Imagens (2017).

Referências

AGENTE Comunitário de Saúde. In: GOOGLE IMAGENS. Google, 2017. Disponível em: < http://4.bp.blogspot.com/-WZmjrXAZ05M/UBvx_FY_-4U/AAAAAAAAA7Q/dzyNAYLh7xI/s1600/agente.jpg>. Acesso em: 07 jun. 2017.

AMBULÂNCIA samu. In: GOOGLE IMAGENS. Google, 2017. Disponível em: < <http://blogtangaraense.com.br/wp-content/uploads/2013/06/samu.jpg>>. Acesso em: 02 mai. 2017.

ASSOCIAÇÃO FARROUPILHENSE PRÓ-SAÚDE. Farroupilha, 2017. Disponível em: <<http://prosaudefarroupilha.org.br/novo/pro-saude/>>. Acesso em: 17 mar. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde: ilustrada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: < http://bvsmis.saude.gov.br/bvsm/publicacoes/cartilha_ilustrada.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2017.

GRUPOS. In: GOOGLE IMAGENS. Google, 2017. Disponível em: < <https://eticanegociosenron.files.wordpress.com/2013/05/enron.png>>. Acesso em: 23 mai. 2017.

GUIA DE DIREITOS. Saúde. Disponível em: < http://www.guiadedireitos.org/index.php?option=com_content&view=article&id=56&Itemid=34> . Acesso em: 21 mar. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANANEIA. Saúde bucal: Itapitangui. Disponível em:< http://www.canancia.sp.gov.br/joomla/index.php?option=com_content&view=article&id=1017:saude-bucal-itapitangui&catid=64:destaque&Itemid=103>. Acesso em: 06 jun. 2017.

HOSPITAL. In. GOOGLE IMAGENS. Google, 2017. Disponível em: < <http://princesitairenc.webcindario.com/hospital.gif>>. Acesso em: 15 mai. 2017.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FARROUPILHA. Farroupilha, 2017. Disponível em: < <http://www.farroupilha.rs.gov.br/novo/>>. Acesso em: 25 mar. 2017.

PORTAL DA SAÚDE. Cartão Nacional de Saúde. Disponível em: < <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/principal/secretarias/sgep/cartao-nacional-de-saude>> . Acesso em: 06 jun. 2017.

PROTOCOLO de Manchester. In: GOOGLE IMAGENS. Google, 2017. Disponível em: < <http://www.politicadistrital.com.br/wp-content/uploads/2016/05/fotos1-1.jpg>>. Acesso em: 12 mai. 2017.

