

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
ESCOLA DE SAÚDE PÚBLICA

Em cooperação com
UNIVERSIDADE ESTADUAL DO RIO GRANDE DO SUL
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

ROSECLÉA CRISTINA CREMONESE ENSSLIN

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ORDENAÇÃO DAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

PORTO ALEGRE
2020

ROSECLÉA CRISTINA CREMONESE ENSSLIN

**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ORDENAÇÃO DAS REDES DE
ATENÇÃO À SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE
PEQUENO PORTE DO RIO GRANDE DO SUL**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
como requisito parcial para a obtenção do
título de Especialista em Saúde Pública, da
Escola de Saúde Pública em cooperação com a
Universidade Estadual do Rio Grande do Sul.

Orientador: Me. André Luis Alves de Quevedo

**Porto Alegre
2020**

RESUMO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema organizacional para reordenar os serviços e as ações de saúde no território brasileiro. Para tanto, é imperiosa a necessidade de que os trabalhadores em saúde conheçam o sistema no qual estão inseridos e para que o usuário se sinta acolhido em qualquer serviço ofertado pelo SUS. Assim, é fundamental o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS) como coordenadora do cuidado dos usuários e ordenadora das Redes de Atenção à Saúde. Esta pesquisa teve o objetivo de conhecer as práticas dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Foi realizado em um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul (RS), com trabalhadores de nível superior das equipes de Estratégia Saúde da Família. Tratou-se de um estudo quanti-qualitativo, no qual cinco profissionais de nível superior responderam ao instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais e posteriormente a uma entrevista qualitativa semiestruturada. Como elementos facilitadores, foi destacado: a livre demanda para consultas, as teleconsultorias, a resolutividade, o conhecimento pela gestão dos problemas da população, a equipe preparada e bem relacionada, a rede de acesso com grupos, materiais e equipamentos de qualidade. Já os elementos dificultadores, segundo os entrevistados, foram a descentralização e a alta demanda, a lista de espera para as especialidades, as dificuldades econômicas, a inadequada gestão dos usuários crônicos e a inexistência de exames radiográficos odontológicos e especialidades odontológicas referenciadas. A partir das respostas dos profissionais, via instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais, o atributo com maior escore foi a orientação familiar (3,60), seguido da integralidade (3,58). Já o atributo com menor escore, segundo os profissionais entrevistados, foi o acesso de primeiro contato - Acessibilidade (2,38), seguido da longitudinalidade (2,66). O Escore essencial obteve o valor de 3,02 e o escore geral (incluindo os atributos essenciais e os atributos derivados) 3,08. Por fim, traz-se que cabe à gestão e às equipes a reorganização e o fortalecimento do trabalho, no sentido de minimizar os problemas e solidificar as potencialidades, fazendo com que a APS e o SUS sejam realmente efetivos e eficazes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção Primária à Saúde; Gestão em Saúde; Pessoal de Saúde.

ABSTRACT

The Sistema Único de Saúde (SUS) is an organizational system to reorder health services and actions in the Brazilian territory. Therefore, it is imperative the need for health workers to know the system in which they operate and for the user to feel welcomed in any service offered by SUS. Thus, it is essential to strengthen Primary Health Care (PHC) as a coordinator of users' care and the ordering of Health Care Networks. This research aimed to know about the practices of health workers, with a higher level, of the Estratégia Saúde da Família in relation to the coordination of user care and the ordering of Health Care Networks. It was carried out in a small city in state of Rio Grande do Sul (RS), with workers with a higher level of the times of Estratégia Saúde da Família. It was a quanti-qualitative study, in which five professionals with a higher education degree responded to the PCATool-Brasil Professional Version instrument and subsequently to a semi-structured qualitative interview. As facilitating elements, it was highlighted: the free demand for consultations, teleconsulting, resoluteness, knowledge of managers the population's problems, the team prepared and well-connected, the access network with groups, materials and equipment with quality. The most difficult elements, according to the interviewees, were decentralization and high demand, the waiting list for the specialties, economic difficulties, inadequate management of chronic users and the lack of dental radiographic examinations and referenced dental specialties. Based on the professionals' responses, using the PCATool-Brasil Professional Version, the attribute with the highest score was family orientation (3.60), followed by integrality (3.58). The attribute with the lowest score, according to the interviewed professionals, was first contact access - Accessibility (2.38), followed by longitudinality (2.66). The essential score obtained a value of 3.02 and the general score (including essential attributes and derived attributes) 3.08. Finally, it is important that management and teams to reorganize and strengthen their work, in order to minimize problems and solidify the potentialities, making PHC and SUS really effective and efficient.

Keywords: Unified Health System; Primary Health Care; Health Management; Health Personnel.

LISTA DE ABREVIACÕES

AB - Atenção Básica

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CBO - Código Brasileiro de Ocupação

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF 1988 - Constituição Federativa Brasileira de 1988

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CRS - Coordenadoria Regional de Saúde

DATASUS - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

ESP - Escola de Saúde Pública

ET AL - "e outros"

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica

OMS - Organização Mundial da Saúde

PCATool - *Primary Care Assessment Tool*

PICS - Práticas Integrativas e Complementares em Saúde

RS - Rio Grande do Sul

SCNES - Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

SF - Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	6
1.1 OBJETIVOS.....	8
1.1.1 Objetivo geral.....	8
1.1.2 Objetivos específicos.....	8
1.2 JUSTIFICATIVA.....	9
2 DESENVOLVIMENTO.....	9
2.1 Sobre o local do estudo.....	9
2.2 Sobre o desenvolvimento do estudo.....	10
2.3 Resultados e discussões.....	12
2.3.1 Reflexões sobre a coordenação do cuidado e a ordenação das redes.....	15
2.3.2 Reflexões sobre a Atenção Primária e o Instrumento PCATool.....	18
3 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS	26
APÊNDICES E ANEXOS.....	31

1 INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma formulação política e organizacional para reordenar os serviços e as ações de saúde, estabelecido a partir da Constituição Federativa Brasileira de 1988 (CF 1988). É chamado de sistema único porque segue os mesmos princípios em todo o território nacional, sob a responsabilidade dos governos federal, estadual e municipal, tendo como objetivo comum atividades de promoção, prevenção, proteção e recuperação da saúde. Para Paim (2009, p. 13) “O SUS é algo distinto, especial, não se reduzindo à reunião de palavras como sistema, único e saúde”.

Positivado na Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, traz no artigo 2º, parágrafo 1º que é dever do Estado garantir saúde através da “formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”. (BRASIL, 1990).

Assim, é fundamental e imperiosa a necessidade de que os trabalhadores em saúde conheçam o sistema no qual estão inseridos para que o usuário se sinta acolhido em qualquer serviço ofertado pelo SUS. Segundo Paim (2009, p. 15), “a confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam do cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre seres humanos, que não se reduz à técnica nem à ciência”.

Para tanto, é fundamental o fortalecimento da Atenção Primária à Saúde (APS), por ser ela “uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde” (STARFIELD, 2004, p. 28).

Uma das propostas mais abrangentes da Atenção Primária à Saúde é a Saúde da Família, que foi criada pelo Ministério da Saúde a partir de 1994, buscando integrar ações preventivas e curativas em territórios definidos, com equipes constituídas por médico, enfermeiro, técnico em enfermagem e agente comunitário de saúde (OLIVEIRA; PEREIRA, 2013).

Gil (2006) traz que os conceitos de Atenção Primária, Atenção Básica e Saúde da Família têm sido utilizados na literatura acadêmica ora como termos sinônimos, ora termos como antagônicos/contrapostos. Neste trabalho, entenderemos esses conceitos como sinônimos. Pois, conforme Giovanella (2018, p. 5) “ambos os termos podem alinhar-se a uma proposição de sistema público universal de qualidade”.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) tem sido uma grande e auxiliar ferramenta para a melhoria das condições de saúde da população brasileira. A avaliação da qualidade da atenção

prestada pela ESF pode fazer com que se melhore cada vez mais os serviços ofertados à população usuária. Os profissionais inseridos no território têm a visão daquilo que funciona ou não, podendo assim, através de sua autoavaliação contribuir na busca da melhoria constante da APS.

Para tanto, a ESF deve seguir princípios que orientam o desenvolvimento das práticas de saúde como: centralidade na pessoa/família, vínculo com o usuário, integralidade e coordenação da atenção, articulação à rede assistencial, participação social e atuação intersetorial (ARANTES; SHIMIZU; MERCHÁN-HAMANN, 2016).

Conforme a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, de 12 de setembro de 1978, a Atenção Primária à Saúde ou os cuidados primários de saúde são definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978, p. 1-2).

Segundo Macinko e Mendonça (2018, p. 19) “[...] a SF desenvolveu-se de forma gradativa e é a alavanca principal do avanço da APS no Brasil. Nenhuma outra iniciativa dentro do SUS alcançou a magnitude dessa política que hoje é globalmente citada como exemplo de sucesso”.

Segundo os supracitados autores, a expansão e manutenção da cobertura de ESF fez com que aumentasse a oferta de ações e serviços, causando efeitos positivos sobre a saúde da população. Como modelo de reorganização na APS no SUS, a Saúde da Família, facilitou:

Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa - pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças;

Melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária;

Expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas;

Melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos;

Eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família e;

Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil. (MACINKO; MENDONÇA, 2018, p. 31-32)

Ancorado nesses conceitos e pressupostos se desenvolve o presente trabalho de pesquisa.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo geral

- Conhecer as práticas dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde em município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul.

1.1.2 Objetivos específicos

- Identificar a compreensão dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul;

- Avaliar o cuidado realizado na Atenção Primária à Saúde pelos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul;

- Identificar as ações que os trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família realizam em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul;

- Identificar os elementos facilitadores e dificultadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde, na visão dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul.

1.2 JUSTIFICATIVA

Por ser uma trabalhadora em saúde, a especializanda julgou ser de fundamental importância compreender como os trabalhadores da Estratégia Saúde da Família percebem o sistema no qual estão inseridos, já que são eles que recebem todas as demandas que chegam ao serviço e a elas precisam dar os devidos e adequados encaminhamentos (relevância pessoal).

Assim, foram contemplados, nesse estudo, apenas os profissionais de nível superior, haja vista que estes, na prática, normalmente, ocupam o papel de coordenação das equipes de saúde e são os responsáveis, bem como estimulam, organizam e/ou realizam processos formativos com os demais trabalhadores da saúde de nível médio e fundamental. Nesse sentido, julgou-se pertinente conhecer as concepções desses profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária à Saúde. O conhecimento das concepções desses profissionais de nível superior pode ser um indício do entendimento dos demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do território estudado. E, dessa forma, poder-se-á pensar em processos formativos para qualificar a APS no território estudado (relevância técnica).

Como relevância acadêmica, aponta-se que a maioria de estudos de avaliação de Atenção Primária à Saúde, utilizando instrumentos validados, focam especialmente municípios de grande e médio porte, deixando muitas vezes de avaliar como os cuidados primários que são realizados nos municípios de pequeno porte. Nesse sentido, situam-se as contribuições do estudo.

2 DESENVOLVIMENTO

No desenvolvimento são apresentadas informações sobre o local do estudo e sobre o desenvolvimento do mesmo, conforme abaixo.

2.1 Sobre o local do estudo

O município em que foi desenvolvido o estudo teve sua saúde municipalizada em 1996, pertence ao território administrativo da 8ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), com sede em Cachoeira do Sul, Região de Saúde 27 (Jacuí Centro), na Macrorregião de Saúde Vales.

Pelo Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2010, possui 7.158 habitantes, em sua maioria (74,76%) vivendo na zona rural do município. Conta com uma capacidade física instalada de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma policlínica

especializada, um consultório público de fisioterapia, um Centro Odontológico com Laboratório Regional de Próteses, Academia de Saúde, Hospital de Pequeno Porte (com 34 leitos nas especialidades de clínica geral, obstetrícia clínica, psiquiatria e pediatria clínica, sendo 32 leitos SUS), além da Secretaria Municipal de Saúde. Os serviços de média e alta complexidade necessitam de regulação e encaminhamento para municípios de referência, dentro da Região de Saúde e Macrorregião de Saúde.

Em dezembro de 2019 estavam em funcionamento duas equipes de Estratégia de Saúde da Família e uma equipe de Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com equipe de saúde bucal - duas rurais e uma urbana. Fazem parte dos serviços oferecidos aos munícipes fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, e também existe o Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), bem como toda a gama de atendimentos da Atenção Primária à Saúde (APS). Ainda, desde 2012, o município realiza ações de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), desenvolvidas por uma naturóloga.

Segundo os dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/DATASUS/Ministério da Saúde), competência de novembro de 2019, o município estudado contava com 68 registros de profissionais, sendo que destes 66 (97,1%) tinham vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Os dois registros sem vínculo com o SUS referem-se a profissionais com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) de Cirurgião Dentista. Assim, pode-se dizer que no município o quadro de trabalhadores é amplo, tendo diversas profissões na área da saúde, bem como de outras áreas necessárias para o funcionamento dos serviços.

2.2 Sobre o desenvolvimento do estudo

O presente estudo segue o enfoque da pesquisa quanti-qualitativa. O estudo qualitativo pode ser entendido, nas ciências sociais, como um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, que responde a um espaço mais profundo das relações e fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis (MINAYO, 2003).

Já Santos e Clos (1998) definem estudos quantitativos como métodos que utilizam a análise estatística para o tratamento dos dados. Podem ser aplicados em situações como: estudo exploratório; em estudos experimentais; estudos de análise ocupacional e análise de desempenho. E, a pesquisa descritiva é o método em que se expõem características de determinada população ou determinado fenômeno. Pode também estabelecer correlações entre

variáveis e não tem o compromisso de explicar os fenômenos que descreve (PEREIRA, 1995). Assim, na interface entre esses dois métodos foi que se desenvolveu o presente estudo.

A pesquisa foi realizada nas equipes de Estratégia Saúde da Família localizadas em um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul. Os participantes foram cinco (5) trabalhadores em saúde, de nível superior. E, o período de realização foi de setembro a novembro de 2019.

Sobre a coleta de dados, esta foi realizada através de entrevistas qualitativas semiestruturadas, as quais foram gravadas e posteriormente transcritas. Além das entrevistas, os profissionais responderam ao instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais (BRASIL, 2010a). Foram incluídos todos os profissionais de nível superior das Estratégias de Saúde da Família do município estudado e excluída apenas a pesquisadora especializanda, que faz parte de uma das equipes.

Segundo Gil (2008, p. 109), apud Selltiz, Jahoda, Deutsch e Cook. (1972, p. 27), “a entrevista é adequada para que se obtenha informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca de suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

As entrevistas continham um roteiro semiestruturado que privilegiou informações sobre: idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de atuação na saúde, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família; além de quatro questões qualitativas abertas sobre a coordenação do cuidado e a ordenação das redes na Atenção Primária à Saúde, com foco nas ações realizadas pelos profissionais de saúde entrevistados e os elementos facilitadores e dificultadores (Apêndice A).

A análise dos dados qualitativos foi realizada através da análise de conteúdos, sendo esta uma técnica de pesquisa qualitativa indicada para encontrar respostas para as questões formuladas e descobrir o que está sendo dito pelos conteúdos manifestos. Foram utilizadas as fases da análise de conteúdo, conforme Gomes (2003), quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Primeiro fez-se o levantamento e a organização do material relativo ao tema de pesquisa. Em seguida a exploração do material levantado e, por fim, foi realizada a tentativa de compreender o conteúdo sobre o que estava sendo manifestado.

A análise dos dados quantitativos, via instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais, foi realizada de forma descritiva, haja vista que a amostra de conveniência privilegiou apenas cinco (5) profissionais de nível superior que atuavam na Estratégia Saúde da Família do município estudado.

Antes das entrevistas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes, onde constava o objetivo e a justificativa de pesquisa, e após o aceite foi colhida a assinatura destes. Os entrevistados foram informados que poderiam retirar seu consentimento de participação da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo para os mesmos. Para preservar as identidades, após transcritas as entrevistas, os participantes foram codificados pela palavra profissional, sendo numerados de um (1) a cinco (5).

A pesquisa seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme as Resoluções nº 466 e nº 510 que orientam e regulamentam estudos envolvendo seres humanos (BRASIL, 2012a; 2016) e foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde (CEP), da Escola de Saúde Pública (ESP) do Estado do Rio Grande do Sul (RS), sob o Parecer nº 3.449.598.

2.3 Resultados e discussões

Das três equipes de Atenção Básica (duas ESF e uma Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal), foram entrevistados cinco participantes - tendo em vista que uma equipe estava incompleta e em outra, a pesquisadora estava inserida. Quando da coleta, todos participaram de forma livre e espontânea e não foram realizados questionamentos relativos aos objetivos da pesquisa ou dos instrumentos de coleta de dados.

Quadro 1. Sistematização dos dados empíricos das entrevistas dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Estado Rio Grande do Sul, 2019.

PARTE 1							PARTE 2			
Profissional	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo de atuação na saúde (em anos)	Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família	Qual a sua compreensão sobre a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no SUS?	Quais ações você realiza em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?	Quais são os elementos facilitadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?	Quais são os elementos dificultadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?
1	32	F	Pós-graduação	Enfermeira	14	3 anos	Garantia de que o usuário receba o cuidado que necessita, com efetividade desejada, tendo objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes níveis do sistema de saúde.	Ações preventivas principalmente com adolescentes, gestantes e com as mulheres e ações curativas e encaminhamentos para especialidades principalmente voltadas para a saúde da mulher via GERCON.	Consultas em livre demanda; teleconsultorias para resolução de casos via tele saúde e resolutividade de casos via GERCON.	Descentralização da demanda; usuários serem atendidos preferencialmente na sua microárea de abrangência; lista de espera para especialidades.
2	50	M	Superior completo	Médico	25	23 anos	São os caminhos em rede dos pacientes e dos insumos e das informações dentro do SUS. O ideal seria ter uma atenção primária no posto de saúde, uma atenção secundária num hospital e uma atenção ainda terciária que seria de tratamento mais complexo.	Eu faço principalmente atenção primária, que é o... sou responsável pelo tratamento das doenças agudas em pacientes compensados, acompanhamento de doenças crônicas e profilaxias, dentro do posto de saúde no meu PSF.	Bom, no município a gente tem uma secretaria de saúde que conhece os problemas da população é fundamental, a gente tem um pessoal, uma equipe preparada principalmente com enfermeiras preparadas para a coordenação dos programas do sistema.	Os elementos dificultadores com certeza são os das outras cidades. No Brasil devido a desgovernos socialistas acontece uma fantasia teórica e na prática a gente tem uma... uma... como nós vamos dizer... tem uma dificuldade, quase uma barbárie, que ainda se mantém principalmente por a... porque existem profissionais que não abandonaram aquilo que fazem né então as nossas dificuldades são acredito que econômica, porque diminuiu muito os recursos, não é? E... deixa eu ver o que mais... eu acredito que só isso mesmo, né?

Quadro 1. Sistematização dos dados empíricos das entrevistas dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Estado Rio Grande do Sul, 2019. (continuação).

Profissional	Idade	Sexo	Escolaridade	Profissão	Tempo de atuação na saúde (em anos)	Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família	Qual a sua compreensão sobre a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no SUS?	Quais ações você realiza em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?	Quais são os elementos facilitadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?	Quais são os elementos dificultadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?
3	41	M	Superior completo	Médico	15	13 anos	A prevenção.	Grupos, consultas e prevenção à saúde.	Acesso a exames preventivos em geral.	A livre demanda de consultas.
4	27	F	Superior completo	Enfermeira	6,5	3 meses	No meu entender é... significa a necessidade significa atender as necessidades e preferências dos usuários na oferta de cuidado em saúde, qualidade e continuidade.	O cuidado individual visando o bem estar do usuário, acompanhamento das gestantes, realização de exames como CP e os testes rápidos, educação continuada em forma de palestras para a população promovendo a saúde preventiva.	O nosso município oferta uma rede de acesso aos usuários onde contém grupos de saúde mental, cuidados com o acompanhamento o gestacional, grupo de hipertensão entre outros, isso incentiva o usuário ao cuidado.	Enfrentamos muitas dificuldades diárias. Exemplo, a fila de espera para as especialidades; temos também usuários, muitos usuários crônicos, o que dificulta o propósito da ESF, que é o cuidado preventivo e não o curativo.
5	29	F	Superior completo	Dentista	5	5 anos	Eu entendo que significa fazer um plano de tratamento para cada paciente e ele retorna ao consultório quantas vezes for necessário até que o plano de tratamento seja concluído.	Em relação à coordenação do cuidado, eu atendo o paciente resolvendo o possível na unidade; caso necessito, conto com o auxílio da equipe de médicos, enfermeiras, enfim, precisamos manter os pacientes compensados para o atendimento odontológico. Já em relação à ordenação das redes de atenção à saúde, entendo que na odontologia seriam os acompanhamentos, revisões do paciente, para manter um controle da saúde bucal e assim o usuário tem um compromisso e um comprometimento em manter a sua saúde oral adequada.	O que facilita nosso trabalho é a boa relação com a equipe; organização dos atendimentos; dispomos de materiais e equipamentos de qualidade e a parceria com a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA) de Cachoeira do Sul, que nos auxilia nos atendimentos de patologias.	Seriam a alta demanda; a falta do exame radiográfico odontológico para auxiliar nos diagnósticos e a ausência de um centro de especialidades odontológicas na região para que possamos fazer a referência nas especialidades de endodontia, cirurgia, periodontia e para o atendimento de portadores de necessidades especiais.

Fonte: Dados da Pesquisa.

Participaram do estudo duas enfermeiras, dois médicos e uma dentista. Entre os cinco entrevistados somente um mencionou ter pós-graduação. A idade variou de 27 a 50 anos e o tempo mínimo de atuação em saúde é de 5 anos, sendo que o tempo máximo é de 25 anos. Em relação à atuação em Estratégia Saúde da Família, o menor tempo de atuação foi de três (3) meses e o maior foi de 23 anos.

2.3.1 Reflexões sobre a coordenação do cuidado e a ordenação das redes

Em relação à coordenação do cuidado e ordenação das redes, aparece na fala dos entrevistados a garantia de que o usuário receba o cuidado que necessita, com efetividade, integralidade e dando continuidade às ações prestadas por diferentes profissionais ou diferentes níveis do sistema.

Nesse sentido, a coordenação do cuidado pode ser definida como a articulação entre diversos serviços e ações de atenção à saúde, de modo que, independentemente de onde sejam prestados, estejam em harmonia e voltados ao alcance de um mesmo objetivo (NÚÑEZ; LORENZO; NAVARRETE, 2006).

Também a coordenação do cuidado pode ser definida como os caminhos pela rede dos usuários, além da disponibilidade de insumos e informações dentro do SUS. No Brasil, a organização da atenção à saúde dentro dos sistemas de saúde se dá através das Redes de Atenção à Saúde, objetivando a construção de sistemas integrados de saúde (MENDES, 2010). As redes passaram a ser orientadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração do ponto de vista territorial ou do processo de territorialização.

Foi apontado pelo profissional (4) que a coordenação do cuidado significa também atender as necessidades e as preferências dos usuários na oferta de cuidado em saúde, visando a qualidade e a continuidade da atenção à saúde. Já o profissional (5) destaca que é ter um plano de cuidado singular para cada usuário.

Indo a esse encontro, reitera-se que esta é uma das competências a Atenção Primária à Saúde, pois ela é a responsável por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar as referências para os profissionais adequados e garantir a continuidade da atenção acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos usuários que circulam pelos diferentes níveis de atenção no sistema de saúde (ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006).

No que se refere às ações realizadas pelos profissionais em relação à coordenação do cuidado e ordenação das redes, as falas são semelhantes, pois aparecem ações preventivas e curativas individuais e coletivas, os tratamentos, os encaminhamentos, estando de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

No Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é também chamada de Atenção Básica (AB) e se caracteriza como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se sob o trabalho em equipe, com práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no local em que vivem essas populações (BRASIL, 2012b).

Quando perguntados sobre os **elementos facilitadores**, aparece na fala do profissional (2) que a equipe é preparada para coordenar os programas do Sistema Único de Saúde; e do profissional (5) que relata a importância da boa relação na equipe. Outro elemento facilitador citado pelo profissional (2) foi o conhecimento sobre os problemas de saúde da população e a rede de acesso que apoia o usuário no cuidado (profissional 4).

Nesse sentido, Paulo et al. (2017, p. 243) ao avaliar a ESF apontam que, “as ações desenvolvidas nesse âmbito devem privilegiar práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, centradas no usuário e que permitam o desenvolvimento de sua autonomia.”.

O SUS foi positivado pela Constituição Federativa Brasileira de 1988, e legislado através da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Atualmente norteia-se também pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e está regulamentado pelo Decreto Presidencial nº 7.508, de 28 de junho de 2011. No entanto, o Sistema Único de Saúde vem desde seus primeiros passos enfrentando desafios para ser efetivado. Efetivação essa que ainda trinta anos depois do seu estabelecimento legal, continua em construção (SOUZA, 2018).

Isso vem de encontro às respostas dadas pelos profissionais quando questionados sobre os **elementos dificultadores**, quais sejam: alta demanda, gargalo das especialidades e o financiamento.

Em relação às especialidades, Santos (2018, p. 2047) diz que “ser sistêmico, único e descentralizado do ponto de vista político, exige aglutinação regional para garantir que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional”.

No nosso estudo, três dos cinco profissionais entrevistados veem na falta de acesso às especialidades um dos nós críticos do Sistema Único de Saúde - que, apesar de estar positivado há mais de 30 anos, não se consolida conforme definido na Constituição.

A premissa do SUS se conecta com a ideia principal de que todas as pessoas têm direito ao acesso a ações e serviços de saúde - ou seja, ao direito à saúde, direito esse vinculado à condição de cidadania. Para Paim (2009, p. 43) “o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminação ou privilégios”.

Grandes dificuldades são enfrentadas na consolidação do SUS, pois o mesmo não é prioridade para todos os governantes. Existe um subfinanciamento importante que remete ao seu desmonte, o que ficou agravado pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público por um período de vinte anos (BAHIA, 2018). Em relação a esse elemento dificultador, o qual foi citado pelo profissional (2), pode-se amparar em Paim (2018, p. 1725) quando este afirma que “com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para ampliação da infraestrutura pública”.

Segundo este autor, “o SUS, em vez de ser apenas problema, ou causa de tantos problemas, poderia transformar-se em solução. Para tanto, precisa ser desenvolvido de acordo com os seus princípios e diretrizes.”. (PAIM, 2009, p. 72). Assim, se esses fossem realmente seguidos e cumpridos, grande parte dos entraves teria solução, com um SUS realmente em funcionamento, fazendo valer o direito constitucional do cidadão brasileiro.

Nesse sentido, aponta Campos (2015, p. 470 - tradução dos autores):

Por outro lado, o nascimento do SUS coincidiu com o advento das políticas de austeridade e ajuste fiscal e o discurso fortemente contrário às políticas públicas e abertamente favorável ao domínio do mercado. Consequentemente, o SUS foi cronicamente financiado com consequências negativas para o acesso e a qualidade da assistência: gastamos 3,7% do PIB em saúde; Outros países com sistemas públicos, nos quais a saúde é considerada um direito universal, gastam entre 7% e 9% do seu PIB. Não foi realizada uma política trabalhista razoável para os trabalhadores da saúde, o que se agravou com a transferência de grande parte dessa responsabilidade para os municípios sob o argumento da descentralização, mesmo quando os fatos demonstraram que os municípios abandonados a si mesmos não têm capacidade financeira e gerencial para dar conta desse aspecto estratégico. Apesar do termo “único” em sua denominação, o SUS permanece fragmentado, com diferentes prioridades e programas nos municípios, estados e União. A rede hospitalar permaneceu autônoma e desarticulada da atenção básica. Grande parte dos serviços especializados ainda são comprados no setor privado. Esse conjunto de fatores tem impedido, até um limite intolerável, a governança do sistema. O mais grave é que esse conjunto de problemas que ameaçam a continuidade da reforma e até sua sustentabilidade, não sendo confrontados pelos governantes, se tornou

crônico, comprometendo a legitimidade do SUS entre os próprios profissionais de saúde e, o que é ainda mais grave, entre a população.

Igualmente, no estudo de Giovanella et al. (2009, p. 793), os serviços de média complexidade, foram considerados, pelos entrevistados, como o nível assistencial que é “o grande gargalo do SUS”. Ainda, Paim (2018, p. 1725) aponta que “com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção de rede de serviços [...] limitando os investimentos para a ampliação de infraestrutura pública”.

Conforme Campos (2018, p. 1722) “[...] ainda há esperança, apesar das dificuldades existentes, a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS é uma possibilidade concreta”.

A profissional (4) traz, equivocadamente, que o trabalho da APS é preventivo e não curativo. Nesse sentido, aponta-se que o SUS “e também o sistema privado de saúde suplementar, não estão preparados para o enfrentamento das condições crônicas. A razão é que ainda se desconhecem e, portanto, não se praticam em escala, os modelos de atenção à saúde que são efetivos na atenção a essas condições.”. (MENDES, 2018, p. 433).

Após a análise dos dados qualitativos, parte-se para a interpretação dos dados quantitativos, coletados a partir do instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais (BRASIL, 2010a).

2.3.2 Reflexões sobre a Atenção Primária e o Instrumento PCATool

A Atenção Primária à Saúde (APS), de acordo com o proposto em Alma Ata¹, é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de atenção à saúde, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde.

Para Starfield (2004, p. 28), “a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”. Ainda, Starfield (2004, p. 27) diz que “para que atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das

¹ Realizada em setembro de 1978, a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde foi organizada pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em Alma-Ata, na República do Cazaquistão. Expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento e da comunidade mundial para promover a saúde de todos os povos do mundo (CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE, 1978).

peessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas em sua enfermidade”.

Conceituando os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, Starfield (2004) traz que: **Acesso de primeiro contato** implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. **Longitudinalidade** pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao longo do tempo. É uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde.

Já a **integralidade** é o leque de serviços disponíveis e prestados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. Ações que os serviços de saúde devem oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS; mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem também os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitalares, entre outros.

E, a **coordenação da atenção** é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

A coordenação do cuidado pela Atenção Primária à Saúde traz melhorias na qualidade, diminuindo as dificuldades de acesso aos diferentes níveis de atenção e integrando ações e serviços em um mesmo nível do sistema de saúde e no território. No Brasil, o financiamento desse nível de atenção é primordial para a organização do sistema de saúde (SILVA; ANDRADE, 2014, p. 1.225).

Segundo Chueiri, Harzheim e Takeda (2017, p. 4),

Em relação à ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS, pressupõe-se que o planejamento do uso dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado, estruturado, disposto, organizado, estabelecido, portanto, ordenado, a partir das necessidades de saúde da população.

Ainda, a presença de três características, nomeadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS, conforme Starfield (2004): a **orientação familiar**: na avaliação das necessidades individuais para atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de

abordagem familiar. A **orientação comunitária**, que é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. E, por fim, a **competência cultural**, que é a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

O questionário brasileiro, PCATool-Brasil Versão Profissionais, consiste em 77 itens distribuídos entre 8 componentes (BRASIL, 2010a, p. 58). No presente estudo, os valores alcançados pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família, no município estudado, **estão** apresentados no quadro 2.

Quadro 2. Escores de Atenção Primária por atributo, segundo profissionais de Estratégia de Saúde da Família, de um município de pequeno porte do Estado Rio Grande do Sul, 2019.

Atributo	Número absoluto	Média**	Escala (0-10)
A (Acesso de primeiro contato - Acessibilidade)	107 (9*)	2,38	4,60
B (Longitudinalidade)	173 (13*)	2,66	5,53
C (Coordenação - Integração de Cuidados)	91 (6*)	3,03	6,77
D (Coordenação - Sistema de Informações)	48 (3*)	3,20	7,33
E (Integralidade - Serviços Disponíveis)	394 (22*)	3,58	8,60
F (Integralidade - Serviços Prestados)	215 (15*)	2,87	6,23
G (Orientação Familiar)	54 (3*)	3,60	8,67
H (Orientação Comunitária)	102 (6*)	3,40	8,00
Escore Essencial (A+B+C+D+E+F/6)	1.028 (68*)	3,02	6,73
Escore Geral (A+B+C+D+E+F+G+H/8)	1.184 (77*)	3,08	6,93

Fonte: Dados da Pesquisa. *Número de itens que o número absoluto foi dividido. **Média da divisão pelo número de itens e respondentes.

No nosso estudo (Quadro 2), o atributo com maior escore foi a orientação familiar (8,67), seguido da integralidade - Serviços Disponíveis (8,60). Já o atributo com menor escore, segundo os profissionais entrevistados, foi o acesso de primeiro contato - Acessibilidade (4,60), seguido da longitudinalidade (5,53). O escore essencial obteve o valor de 6,73, o escore derivado 8,34; e o escore geral (incluindo os atributos essenciais e os atributos derivados) 6,93.

Sobre a Estratégia de Saúde da Família, no Brasil, essa teve início em 1991 com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde. E, em 1994 foram formadas as primeiras equipes de saúde da família (PINTO; GIOVANELLA, 2018). Seu principal objetivo é o de reorganizar as práticas da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto das famílias - melhorando assim a qualidade de vida da população.

A Estratégia Saúde da Família prioriza as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. Os profissionais podem executar as ações na Unidade de Saúde da Família e no domicílio quando necessário. Assim, os profissionais e a população criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade.

Segundo Campos (2018, p. 1712), “o trabalho em saúde tem características especiais, depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas”. Assim, o trabalhador de saúde na ESF é o ator social que liga usuário a todo o sistema de saúde. Para tanto, é necessário o comprometimento de toda a equipe com o sistema, para que assim a grande engrenagem SUS funcione efetivamente.

Já o *Primary Care Assessment Tool* (PCATool) foi criado com base no modelo de avaliação da qualidade de serviços de saúde - proposto por Avedis Donabedian, em 1966. Baseia-se na mensuração de aspectos de estrutura, processo e resultados dos serviços de saúde (BRASIL, 2010a). Nesse sentido, o processo de atenção é entendido como o conjunto das interações entre os usuários e os profissionais mediados pela estrutura do serviço de saúde.

Esse instrumento, de domínio público e adotado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), consiste em um questionário estruturado que mede empiricamente os atributos essenciais e derivados da APS, mediante avaliação dos usuários, gestores e profissionais de saúde (PRATES, 2017).

Na aplicação do Instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais, no nosso estudo, os itens do **acesso de primeiro contato - acessibilidade** (4,60 - menor escore entre os atributos avaliados) que receberam os menores valores (5 pontos) foram a oferta de atendimento aos sábados e domingos (A1) e até às 20 horas (A2). De acordo com Turci, Lima-Costa e Macinko (2015, p. 1948), no Brasil, “essa avaliação negativa pode ser explicada pelas características organizacionais locais, em que as UBS funcionam apenas nos dias úteis e em horário comercial”. No entanto, ressalta-se que o primeiro contato coloca a APS como porta de entrada do sistema de saúde; e o acesso permite a atenção oportuna para identificação e resolução de problemas.

A **longitudinalidade** relaciona-se com a maior familiaridade do trabalhador com o usuário, acompanhamento ao longo do tempo, melhor identificação dos problemas de saúde, realização mais frequente de exames preventivos e satisfação do usuário. Esse atributo, no nosso estudo, não foi bem avaliado (5,53), especialmente no item (B1) se os pacientes são sempre atendidos pelo mesmo médico/enfermeiro (8 pontos) e (B8) se o profissional sabe quem mora com cada um de seus pacientes (8 pontos).

Segundo Lima et al. (2016, p. 278), para que a longitudinalidade se desenvolva no cotidiano da ESF, é necessário acompanhar os usuários do SUS “nas diferentes fases da vida, a assistência integral ao indivíduo e família, considerando seu contexto biopsicossocial, e a atuação por meio de ações de prevenção de agravos e promoção da saúde, buscando resultados positivos na situação de saúde da população”.

O atributo **coordenação - integração dos cuidados** apresentou um bom escore (6,67). Destacaram-se positivamente o item (C3) “Alguém de seu serviço de saúde ajuda o paciente a marcar a consulta encaminhada” (19 pontos) e (C4) “Quando seus pacientes são encaminhados, você lhes fornece informação escrita para levar ao especialista ou serviço especializado”, (18 pontos).

Isso está de acordo com Chueiri, Harzheim e Takeda (2017, p. 4), ao apontarem que “a coordenação do cuidado pode ser traduzida como uma organização deliberada do cuidado individual, centrada na pessoa; como o objetivo de integrar e dar continuidade às várias ações de saúde prestadas por diferentes profissionais ou em diferentes serviços da rede”.

O próximo atributo avaliado foi a **coordenação - sistema de informações** (7,33), que obteve o quarto melhor escore dentre todos os atributos avaliados. O item que atingiu menor pontuação foi o D11 “Você solicita aos pacientes que tragam seus registros médicos recebidos no passado (ex.: boletins de atendimento de emergência ou relatório hospitalar)” (11 pontos).

Já a **integralidade - serviços disponíveis** obteve o segundo melhor escore dentre todos atributos (8,60). O item que teve o menor valor nesse atributo foi “E12 - Identificação (Algum tipo de avaliação) de problemas visuais (para enxergar)” (10 pontos).

No atributo **integralidade - serviços prestados** (6,23), o terceiro menor escore, o maior valor foi no item F7 “Verificar e discutir os medicamentos que o paciente está usando” (18 pontos) e o menor valor foi para o item F9 “Pergunta se o paciente tem uma arma de fogo e orienta como guardá-la com segurança” (6 pontos).

Segundo Araújo, Mendonça e Sousa (2015, p. 397), a integralidade, na prática, implica a necessidade de “respostas, por parte dos serviços, das necessidades de saúde dos indivíduos”. A integralidade mostra a capacidade da APS em atender as necessidades de saúde da comunidade. Associa-se à qualidade, eficiência, equidade e redução da morbidade.

Para Prates et al. (2017, p. 1891), “o bom desempenho da integralidade requer constantes investimentos em recursos físicos, materiais e humanos, o que requer atribuir à APS sua real significância e não a caracterizar como um serviço de baixa complexidade e que demande baixo investimento”.

Importante ainda destacar que, a **orientação familiar** e a **orientação comunitária** (atributos derivados) também foram bem avaliados pelos profissionais no nosso estudo (8,67 e 8,00, respectivamente). A isso corrobora Lima et al. (2016, p. 279), ao enfatizar que “O enfoque familiar acontece quando a equipe é capaz de interagir com as famílias, tendo assim maior facilidade de reconhecer os seus problemas e necessidades, em sua singularidade, como sujeito da atenção”. Já para Starfield (2004, p. 51), o contexto da família e da comunidade é o “entendimento das condições de vida do paciente, da dinâmica familiar e dos antecedentes culturais referentes à comunidade na qual o paciente vive”.

No atributo orientação comunitária o item que obteve o menor valor foi “H5 - Faz pesquisas na comunidade para identificar problemas de saúde que ele deveria conhecer”, com 14 pontos.

De acordo com Paim (2009, p. 15), “a confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam do cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre seres humanos, que não se reduz à técnica nem à ciência”; e, esse é um ponto fundamental da APS.

Assim, pela análise global dos dados, dos entrevistados, percebe-se que os trabalhadores reconhecem e desempenham seu papel na coordenação do cuidado e na ordenação das redes.

Em estudo que realizou a comparação dos escores dos atributos da Atenção Primária à Saúde (APS), atribuídos pelos profissionais médicos e enfermeiros, entre os serviços de atenção primária de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil, o escore geral de APS da ESF foi de 7,08 (CASTRO et al., 2012) - próximo ao valor do nosso estudo (6,93).

Em outro estudo realizado com 54 profissionais das equipes de Atenção Primária à Saúde do município de Lajeado, Rio Grande do Sul, com o uso do instrumento PCATool-Brasil (versão profissionais da saúde), foi encontrada uma média do escore essencial de 6,66 e de escore derivado de 7,60 (PENSO et al., 2017). Salienta-se que a metodologia proposta para esse instrumento de avaliação tem como ponto de corte escores $\geq 6,6$.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O objetivo deste estudo foi conhecer as práticas dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde em município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul. Através das entrevistas, os profissionais das ESF expressaram o que compreendem, quais ações desenvolvem e os elementos que facilitam e dificultam a coordenação do cuidado e a ordenação das redes de atenção à saúde no território.

Também relatam aspectos facilitadores como a rede de acesso com grupos e equipe preparada e bem relacionada e os dificultadores, tais como lista de espera em especialidades, e as dificuldades econômicas, que acabam por desestruturar os serviços.

Em relação ao instrumento PCATool-Brasil Versão Profissionais, o acesso de primeiro contato (acessibilidade) recebeu o menor escore dentre todos, apontando assim a necessidade de uma reorganização no serviço, de modo que se contemple a melhoria do acesso do usuário, qualificando a APS no município estudado. Essa reorganização, de certa forma, está atrelada ao financiamento, pois, para manter os serviços funcionando em sábados ou domingos e até às 20 horas, é imprescindível melhor repasse financeiro aos municípios, pela união e os estados, para esses poderem manter sua estrutura de serviços.

O presente estudo trouxe a possibilidade de abranger as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) que atuam no município, sendo este um ponto de contribuição para o mesmo. Entretanto, por uma equipe de ESF estar incompleta, este pode ser um aspecto limitador.

Outro limitador é que foram entrevistados apenas os profissionais de nível superior das equipes de ESF, do município estudado - haja vista que estes, na prática, normalmente, ocupam o papel de coordenação das equipes de saúde e são os responsáveis, bem como estimulam, organizam e/ou realizam processos formativos com os demais trabalhadores da saúde de nível médio e fundamental. Assim, o conhecimento das concepções desses profissionais de nível superior pode ser um indício do entendimento dos demais trabalhadores da Atenção Primária à Saúde do território.

No pequeno território estudado, há diversos aspectos comuns com o que foi apurado através da leitura de vários artigos acadêmicos para elaboração deste estudo. Tem-se aspectos positivos, que engrandecem a APS e o SUS, assim como aspectos negativos, que acabam fazendo com que o Sistema não esteja concretizado e funcionando como deveria e como rege a Constituição Federativa Brasileira de 1988.

As dificuldades encontradas e os baixos valores atingidos nos itens do PCATool-Brasil Versão Profissionais podem servir de subsídios para nortear a gestão municipal, no sentido de realizar processos formativos para os trabalhadores visando que estes possam realizar suas funções de forma qualificada no Sistema Único de Saúde, no município.

Ainda, aponta-se que cabe a todos os atores sociais envolvidos nesse processo a luta e a busca contínua pela efetivação e defesa do SUS. Deve-se também chamar a população para que ela se aproprie do conhecimento do que é o seu direito, para a partir disso, com forças convergentes enfrentar as dificuldades e os opositores do nosso Sistema; pois, é através do esforço conjunto que ter-se-á voz para enfrentar o desmonte em andamento do Sistema Único de Saúde.

Os resultados do presente estudo serão devolvidos aos trabalhadores participantes e à gestão municipal de saúde, através de roda de conversa a ser agendada, elencando e discutindo com esses sujeitos os principais resultados encontrados.

Por fim, espera-se que o processo de devolução dos achados da pesquisa possa fomentar as práticas dos trabalhadores em saúde com informações pertinentes, fazendo com que a rotina diária dentro dos serviços de saúde seja realizada com conhecimento e comprometimento com a população usuária do SUS.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de; BARRETO, Ivana Cristina de Holanda Cunha; BEZERRA, Roberto Cláudio. Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p.783-836.

ARANTES, José Luciano; SHIMIZU, Helena Eri; MERCHÁN-HAMANN, Edgar. Contribuições e desafios da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde no Brasil: revisão da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1499-1510, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n5/1413-8123-csc-21-05-1499.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

ARAÚJO, Rosânia de Lourdes; MENDONÇA, Ana Valéria Machado; SOUSA, Maria de Fátima de. Percepção dos usuários e profissionais de saúde no Distrito Federal: os atributos da atenção primária. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 387-399, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v39n105/0103-1104-sdeb-39-105-00387.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

BAHIA, Ligia. Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n7/1678-4464-csp-34-07-e00067218.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. **Diário Oficial da União**, 191-A, 05 out. 1988, p. 1 Brasília/DF, 1988. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso: 15 dez. 2019.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 20 de set. 1990, p. 18055. Brasília/DF, 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso: 02 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual do instrumento de avaliação da atenção primária à saúde: *primary care assessment tool* – Brasil**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010a. 80 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_avaliacao_pcatoool_brasil.pdf. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **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, 2010b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 29 de jun. 2011, p. 1 Brasília/DF, 2011. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm. Acesso em: 25 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012**. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília/DF, 2012a. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016**. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília/DF, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html. Acesso em: 22 dez. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. DATASUS. TABNET. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br/informacoes-de-saude-tabnet/>. Acesso em: 21 fev. 2020.

BRASIL. DATASUS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Competência novembro de 2019. Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>. Acesso em: 17 dez. 2019.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. População residente - Rio Grande do Sul. População residente por Situação segundo Município. Município: 432026 Segredo. Período: 2010. Fonte: IBGE - Censo Demográfico, 2010. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/poprs.def>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. SUS: o que e como fazer? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1707-1714, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1707.pdf>. Acesso em: 17 mai. 2019.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, v. 11, n. 4, p. 469-470, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v11n4/v11n4a01.pdf>>. Acesso em: 17 dez. 2019.

CASTRO, Rodrigo Caprio Leite de; et al. Avaliação da qualidade da atenção primária pelos profissionais de saúde: comparação entre diferentes tipos de serviços. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 9, p.1772-1784, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n9/v28n9a15.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

CHUEIRI, Patricia Sampaio; HARZHEIM, Erno; TAKEDA, Silvia Maristela Pasa. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-18, 2017. Disponível em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1363/856>. Acesso em: 18 jun. 2019.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. 1978. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf. Acesso em: 10 mai. 2020.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1171-1181, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n6/06.pdf>. Acesso em: 03 jan. 2020.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GIOVANELLA, Lígia. Atenção básica ou atenção primária à saúde? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 8, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v34n8/1678-4464-csp-34-08-e00029818.pdf>. Acesso em: 18 jan. 2020.

GIOVANELLA, Lígia et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/14.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

GOMES, Romeu. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 67-80.

LIMA, Eliane de Fátima Almeida et al. Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 275-280, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0275.pdf>. Acesso em: 28 dez. 2019.

MACINKO, James; MENDONÇA, Claunara Schilling. Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n.spe. 1, p. 18-37, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v42nspe1/0103-1104-sdeb-42-spe01-0018.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2020.

MENDES, Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 5, p. 2297-2305, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n5/v15n5a05.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

MENDES, Eugênio Vilaça. Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 431-436, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n2/1413-8123-csc-23-02-0431.pdf>. Acesso em: 27 jan. 2020.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: Suely Ferreira Deslandes, Otavio Cruz Neto, Romeu Gomes; Maria Cecília de Souza Minayo (organizadora). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade**. 22ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003. p. 9-30.

NÚÑEZ, Rebeca Terraza; LORENZO, Ingrid Vargas; NAVERRETE, María Luisa Vázquez. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. **Gaceta Sanitaria**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 485-495, 2006. Disponível em: <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2019.

OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; PEREIRA, Iara Cristina. Atributos essenciais da Atenção Primária e a Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. esp., p. 158-164, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea20.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PAIM, Jairnilson Silva. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2009. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

PAIM, Jairnilson Silva. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1723-1728, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1723.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PAULA, Weslla Karla Albuquerque Silva de; SAMICO, Isabella Chagas; CAMINHA, Maria de Fátima Costa; BATISTA FILHO, Malaquias; FIGUEIRÔA, José Nata. Orientação Comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. **Cadernos de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 242-248, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v25n2/1414-462X-cadsc-1414-462X201700020113.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2019.

PENSO, Jéssica Mazutti et al. Avaliação da Atenção Primária à Saúde utilizando o Instrumento PCATool-Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 39, p. 1-9, 2017. Disponível em: <https://rbmfc.emnuvens.com.br/rbmfc/article/view/1212>. Acesso em: 04 fev. 2020.

PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1995.

PINTO, Luiz Felipe; GIOVANELLA, Ligia. Do Programa à Estratégia Saúde da Família: expansão do acesso e redução das internações por condições sensíveis à atenção básica (ICSAB). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1903-1914, 2018.

Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-1903.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

PRATES, Mariana Louzada et al. Desempenho da Atenção Primária à Saúde segundo o instrumento PCATool: uma revisão sistemática. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 1881-1983, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n6/1413-8123-csc-22-06-1881.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SANTOS, I.; CLOS, A. C. Pesquisa quantitativa e metodologia. In: GAUTHIER, J. H. M.; SANTOS, I.; CABRAL, I. E. **Pesquisa em enfermagem**: novas metodologias aplicadas: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 1-17.

SANTOS, Lenir. SUS- 30 anos: um balanço incômodo? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 2043-2050, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v23n6/1413-8123-csc-23-06-2043.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2019.

SELLTIZ, Claire; JAHODA, Marie; DEUTSCH, Morton; COOK, Stuart M. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. São Paulo: Herder, 1972.

SILVA, Roberta Marinho da; ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. Coordenação dos cuidados em saúde no Brasil: o desafio federal de fortalecer a atenção primária à saúde. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1207-1228, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v24n4/0103-7331-physis-24-04-01207.pdf>. Acesso em: 17 dez. 2019.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. 30 anos do SUS: a transição continua. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 7, e00109418, 2018. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/csp/2018.v34n7/e00109418/pt>. Acesso em: 17 dez. 2019.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília, 2004. 726p.

TURCI, Maria Aparecida; LIMA-COSTA, Maria Fernanda; MACINKO, James. Influência de fatores estruturais e organizacionais no desempenho da atenção primária à saúde em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, na avaliação de gestores e enfermeiros. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, p. 1941-1952, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n9/0102-311X-csp-31-9-1941.pdf>. Acesso em: 04 jan. 2020.

APÊNDICES E ANEXOS

APÊNDICE A - INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Parte 1:

1. Idade
2. Sexo
3. Escolaridade
4. Profissão
5. Tempo de atuação na saúde
6. Tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família

Parte 2:

- a) Qual a sua compreensão sobre a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no SUS?
- b) Quais as ações que você realiza em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?
- c) Quais são os elementos facilitadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?
- d) Quais são os elementos dificultadores para a coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RIO GRANDE DO SUL**”, cujo objetivo é *conhecer as práticas dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde no município de Segredo/RS*. A pesquisa será realizada nas Unidades Básicas de Saúde nas quais atuam os profissionais das equipes de Estratégia Saúde da Família, no município de Segredo/RS.

A contribuição do presente estudo está em conhecer e dar subsídios para a qualificação das práticas dos profissionais da Estratégia Saúde da Família que atuam no município que será campo da pesquisa - com foco na coordenação do cuidado e ordenação das Redes de atenção à Saúde; visando qualificar os processos de gestão e atenção à saúde. Os resultados do presente estudo igualmente devem ser publicados a fim de fomentar a pesquisa e discussão nessas áreas, na perspectiva do Sistema Único de Saúde.

Para a coleta de dados será realizada uma entrevista quanti-qualitativa, a qual levará cerca de 20 a 50 minutos para ser respondida, através da aplicação do instrumento PCATool-BRASIL Versão Profissionais; e perguntas qualitativas semiestruturadas. Além do instrumento PCATool-BRASIL Versão Profissionais, os questionamentos da parte qualitativa serão sobre idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de atuação na saúde, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família e quatro perguntas específicas sobre o seu trabalho. Os dados ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores por um período de 5 anos e após serão destruídos.

Considerando que toda pesquisa com seres humanos envolve riscos, em tipos e gradações variados, o presente estudo envolve riscos mínimos como o constrangimento. E, na ocorrência destes, os pesquisadores se comprometem a realizar escuta qualificada e esclarecimentos necessários de qualquer questionamento que possa ser levantado durante e após as entrevistas. Considerando também a amostra intencional de seis sujeitos, não será possível assegurar a total não identificação destes. No entanto, os pesquisadores se comprometem a garantir o sigilo das informações ou retirar as partes das entrevistas que possam identificar diretamente os sujeitos. Ainda, visando preservar a identidade dos sujeitos da pesquisa, após a transcrição das entrevistas esses serão identificados por letras do alfabeto.

Você não receberá qualquer remuneração pela participação e você poderá retirar seu consentimento em qualquer momento do estudo, cessando sua participação. Neste caso, as suas informações não serão utilizadas, sem prejuízo para a pesquisa ou para os desistentes. Os resultados deste estudo serão utilizados exclusivamente para fins acadêmicos, sendo garantido o sigilo da identidade dos participantes.

Esta pesquisa está sendo financiada pelos próprios pesquisadores. Caso você tenha dúvidas ou necessite algum esclarecimento, entrar em contato com Rosecléa Cristina Cremonese Ensslin (51) 997209577, com o professor orientador André Luis Alves de Quevedo pelo telefone (51) 3288-5965, como também com o Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública, pelo telefone (51) 3901-1532.

Segredo/RS,/...../.....

Nome e assinatura do sujeito da pesquisa (ou representante legal)

Nome e assinatura do pesquisador responsável

Nome e Assinatura da acadêmica pesquisadora

Este TCLE respeita as Resoluções 466/12 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Comitê de Ética na Pesquisa em Saúde da Escola de Saúde Pública (CEPS/ESP/RS). Av. Ipiranga, 6311, sala 26 - Bairro Partenon. CEP 90.610-001- POA/RS.

ANEXO 1 - TERMO DE CIÊNCIA E AUTORIZAÇÃO DA SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO MUNICÍPIO ONDE SERÁ REALIZADA A PESQUISA

Eu ANA ILCE RUBERT FERON, Secretária Municipal de Saúde do município de Segredo/RS, conheço o protocolo de pesquisa intitulado **“COORDENAÇÃO DO CUIDADO E ORDENAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NA VISÃO DOS TRABALHADORES DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE UM MUNICÍPIO DE PEQUENO PORTE DO RIO GRANDE DO SUL”** desenvolvida por Rosecléa Cristina Cremonese Ensslin e André Luis Alves de Quevedo, conheço seus objetivos e a metodologia que será desenvolvida, estando ciente de que os pesquisadores buscarão não interferir no fluxo normal dos serviços. Autorizo, também, através deste, realização da entrevista qualitativa com os sujeitos definidos, além da aplicação do instrumento PCATool-BRASIL Versão Profissionais, para fins exclusivos da pesquisa acima nominada, tendo a garantia da confidencialidade e privacidade quanto à identificação dos sujeitos.

A coleta só terá início após o parecer de aprovação do Comitê de Ética, conforme diretrizes e normas da Resoluções do Conselho Nacional de Saúde 466/2012 e 510/2016.



ANA ILCE RUBERT FERON
Secretária Municipal de Saúde

SEGREDO, 05/DE JUNHO DE 2019

