

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Ana Carolina Bertini Martins**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
SOB A PERSPECTIVA DE SEUS ARTICULADORES**

São Carlos - SP

2018

**Ana Carolina Bertini Martins**

**REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM  
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS  
SOB A PERSPECTIVA DE SEUS ARTICULADORES**

Dissertação apresentada como  
requisito para obtenção de Título de  
Mestre junto ao Programa de Pós-  
Graduação em Gestão da Clínica da  
Universidade Federal de São Carlos.

Área de concentração: Gestão do Trabalho em Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado

São Carlos-SP

2018



## FOLHA DE APROVAÇÃO

Ana Carolina Bertini Martins

**“REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE PESSOAS COM DOENÇAS CRONICAS NÃO  
TRANSMISSÍVEIS SOB A PERSPECTIVA DE SEUS ARTICULADORES”**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de  
São Carlos para obtenção do Título de  
Mestre junto ao Programa de  
Pós-graduação em Gestão da Clínica.

DEFESA APROVADA EM 29/03/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado – UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Márcia Naituma Ogata - UFSCar

Prof.<sup>ª</sup> Dr.<sup>ª</sup> Angélica de Moraes Manço Rubiatti - Unicep

Aos meus pais e irmã, Sonia, Antônio e Camila e minha avó Irene  
(*in memoriam*).

## Agradecimentos

Primeiramente a Deus por tudo de bom que proporciona em minha vida. Meu eterno agradecimento.

À minha orientadora, Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Maria Lúcia Teixeira Machado, pela confiança, oportunidade e parceria na elaboração desse trabalho. Agradeço pela paciência, compreensão e por me acalmar nos momentos de ansiedade, que não foram poucos. Muito obrigada por contribuir e me permitir realizar esse sonho!

Aos meus pais, em especial, à minha mãe, pelo incentivo, pelo consolo nas angústias e por tudo que faz por mim.

À minha irmã Camila pelo auxílio em todos os momentos que necessitei, pelas conversas e até mesmo pelos puxões de orelha.

À minha amiga irmã, Alessandra Delfino, pelo apoio e por todos os momentos que convivemos durante o processo de desenvolvimento do mestrado.

À minha tia Lourdes por todas as orações e velas acesas. Agradeço imensamente!

Aos profissionais que participaram dessa pesquisa, sem vocês nada seria possível. Obrigada!

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica que compartilharam seus conhecimentos conosco e sempre estiveram prontos a ajudar. Foram enriquecedores todos os momentos que desfrutamos. Em especial ao Prof. Dr. Bernardino Souto pela sua disponibilidade em ajudar em todos os momentos solicitados.

Agradeço também, à Prof<sup>a</sup> D<sup>ra</sup> Márcia N. Ogata e a Pro<sup>fa</sup> D<sup>ra</sup> Angélica M. M. Rubiatti pela disponibilidade em participar da banca examinadora e pelas contribuições ao trabalho.

Aos meus colegas do Programa de Pós-Graduação, por compartilharmos conhecimento, angústias, frustrações e alegrias. Pelas conversas e apoio de todos, vocês fazem parte da minha vida.

Às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Vanessa e Edilene sempre prontas a colaborar e esclarecer as dúvidas.

Às minhas amigas Adriana, Mariana, Fabiana, Maria Carolina pelas risadas, descontração e amizade.

Aos meus colegas de trabalho pela convivência, trocas de experiências e incentivo.

Aos gestores das cidades participantes por permitirem a realização das entrevistas contribuindo para elaboração desse trabalho.

Meus agradecimentos a todos, que de alguma forma, participaram e contribuíram para a construção desse trabalho e concretização de um sonho.

## RESUMO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) no Brasil são essenciais para a coordenação e integração dos serviços, em busca da integralidade e qualificação do cuidado, ampliando estratégias de promoção da saúde, prevenção de doenças e suas complicações. Entre 2011 e 2012 foram pactuadas cinco temáticas para essas Redes e uma delas é a de Atenção à Doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), que tem como objetivo a atenção integral à saúde de pessoas com as referidas doenças, que estão associadas a várias causas, possuem prognóstico de longa duração, podendo manifestar agravos e gerar incapacidades. A atenção básica (AB) é uma estratégia das Redes e a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo criou o programa de articuladores da atenção básica, que tem o papel de apoiar, assessorar e desenvolver ações para sua qualificação. O trabalho se torna relevante, mediante o quadro epidemiológico dessas doenças e suas graves consequências para os indivíduos afetados e seus familiares, o aumento da demanda para atendimento dessas patologias nas unidades de saúde e, conseqüentemente, um alto custo para o país e municípios. Teve como objetivo analisar a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas não transmissíveis sob a perspectiva de seus articuladores. A abordagem metodológica foi qualitativa, com o uso de roteiro semiestruturado para entrevistas realizadas em outubro de 2017 com os quatro articuladores em atividade na Rede de DCNT de dois municípios de porte médio do interior paulista, com posterior transcrição na íntegra das mesmas e análise categorial temática, em que busca-se identificar nas falas dos sujeitos o significado e valores em relação ao objeto de estudo, levando em consideração o referencial teórico-metodológico. Os resultados encontrados indicam fragilidades na comunicação entre os níveis de atenção, fragmentação da rede de atenção, a não articulação das linhas de cuidado e a necessidade de mais investimentos na atenção básica. A falta de recursos humanos e financeiros impacta diretamente na implantação e funcionamento dessa RAS, sendo importante criar estratégias para sensibilizar os gestores e para gestões compartilhadas que melhor desenvolvam as ações de saúde, otimizando o processo de trabalho, a qualidade da atenção e de vida, tanto dos usuários, como dos trabalhadores da saúde.

**Palavras-chave:** Sistema único de saúde. Integralidade em saúde. Redes de atenção à saúde. Doenças crônicas não transmissíveis.

## ABSTRACT

The Health Care Networks (HCN) in Brazil are essential for the coordination and integration of services, aiming the integrality and qualification of care, expanding strategies for health promotion, disease prevention and its complications. Between 2011 and 2012, five themes were agreed for these networks and one of them is the Attention to Non-Communicable Chronic Diseases (NCCD), which aims to provide fully attention to the health care for people with these diseases, which are associated with several causes. These diseases have a prognosis of long duration, they may also manifest disfigurement and generate disabilities. The basic care (BC) is a strategy of the Networks and the São Paulo State Department of Health created the program of articulators of basic care, which has the role of supporting, advising and developing actions for their qualification. The work becomes relevant because of the epidemiological picture of these diseases and their serious consequences for the affected individuals and their relatives, the increasement of the demand for care of these diseases in the health units and, consequently, a high cost for the country and municipalities. This work aimed to analyze the Network of Attention for People's Health with Non-Communicable Chronic Diseases from the perspective of its articulators. The methodological approach was qualitative, with the use of a semi-structured script for interviews conducted in October 2017 with the four articulators working in the NCCD Network in two municipalities of medium size in the countryside of São Paulo State, with subsequent entirety transcription of the interviews and thematic categorical analysis , in which the goal is to identify, in the people's speech, the meaning and values in relation to the object of study, taking into account the theoretical and methodological framework. The results found indicate weaknesses in the communication among the levels of attention, fragmentation of the care network, non-articulation of care lines and the need for more investments in basic care. The lack of human and financial resources has a direct impact on the implementation and functioning of this HCN. It is important to create strategies to sensitize the managers and shared management that best develop health actions, optimizing the work process, quality of care and life, both users and health workers.

**Keywords:** Public health system. Integrality in health. Health care networks. Chronic non-communicable diseases.

## **LISTA DE ILUSTRAÇÕES**

Figura 1: Regiões de Saúde do DRS III – Araraquara .....	32
--	----

## **LISTA DE QUADROS**

Quadro 1: Perfil dos participantes da pesquisa, segundo gênero, idade, cargo/função, tempo de formação, complementação da formação e município. ....	37
--	----

Quadro 2: Profissionais envolvidos na implantação e funcionamento da RAS de DCNT, segundo os articuladores, divididos em Linhas de cuidado. ....	39
--	----

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- AB** - Atenção Básica
- ADA** - Associação Americana de Diabetes
- AIDS** - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- CAIC** - Centro de Atendimento de Infecções Crônicas
- CAPS** - Centro de Atenção Psicossocial
- CEME** - Centro Municipal de Especialidades
- CEO** - Centro de Especialidades Odontológicas
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CER** - Centro Especializado em Reabilitação
- CISA** - Centro Integrado de Saúde Auditiva
- CRASMA** - Centro de Referência de Saúde Mental do Adulto
- CRIA** - Centro de Referência da Saúde do Idoso
- CRJA** - Centro de Referência do Jovem e do Adolescente
- DCNT** - Doença Crônica Não-Transmissível
- DCV** - Doença Cardiovascular
- DM** - Diabetes Mellitus
- DPOC** - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
- DRC** - Doença Renal Crônica
- DRS** - Departamento Regional de Saúde
- EP** - Educação Permanente
- ESF** - Estratégia Saúde da Família
- FUNGOTA** - Fundação Municipal Irene Siqueira Alves "Vovó Mocinha"
- HAS** - Hipertensão Arterial
- HIV** - Vírus da Imunodeficiência Humana
- IMC** - Índice de Massa Corporal
- IPCA** - Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo
- LC** - Linha de Cuidado
- MS** - Ministério da Saúde
- NASF** - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
- NGA** - Núcleo de Gestão Assistencial
- NOAS** - Norma Operacional da Assistência à Saúde

**NOB-SUS** - Norma Operacional Básica do SUS

**OMS** - Organização Mundial de Saúde

**PEC** - Proposta de Emenda Constitucional

**PPGGC** - Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**RAS** - Rede de Atenção à Saúde

**RAPS** - Rede de Atenção Psicossocial

**RS** - Região de Saúde

**RUE** - Rede de Urgência e Emergência

**SAD** - Serviço de Atendimento Domiciliar

**SAMU** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SARA** - Serviço de Atendimento de Reabilitação de Araraquara

**SES** - Secretaria de Estado da Saúde

**SESA** - Serviço Especial de Saúde de Araraquara

**SMS** - Secretaria Municipal de Saúde

**SP** - São Paulo

**SUS** - Sistema Único de Saúde

**TCLE** - Termo de Consentimento Livre Esclarecido

**UBS** - Unidade Básica de Saúde

**UFSCar** - Universidade Federal de São Carlos

**UMED** - Unidade Médica de Diagnóstico

**UPA** - Unidade de Pronto Atendimento

**VE** - Vigilância Epidemiológica

**VISA** - Vigilância Sanitária

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	12
1 INTRODUÇÃO .....	14
1.1 Sistema Único de Saúde.....	14
1.2 Redes de Atenção à Saúde .....	18
1.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis.....	22
2 JUSTIFICATIVA .....	27
3 OBJETIVOS .....	29
4 PERCURSO METODOLÓGICO .....	30
4.1 Tipo de Estudo .....	30
4.2 Procedimentos Metodológicos .....	31
4.2.1 Cenário do Estudo .....	31
4.2.2 Participantes do estudo.....	33
4.2.3 Coleta de dados .....	34
4.3 Análise de dados.....	35
4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa .....	36
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	37
5.1 Características dos participantes .....	37
5.2 Análise das entrevistas com os articuladores .....	40
5.2.1 Rede de Atenção (RAS): rede ou linha de cuidado.....	40
5.2.2 Papel da Gestão .....	42
5.2.3 Fragilidade ou potencialidade: eis a questão! .....	45
5.2.4 Sem Recursos: não dá!.....	47
5.2.4.1 Falta de Recursos Humanos.....	47
5.2.4.2 Falta de envolvimento dos profissionais de saúde.....	50
5.2.4.3 Falta de Recursos financeiros.....	52
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	54
REFERÊNCIAS .....	56
APÊNDICES .....	64
ANEXO.....	68

## APRESENTAÇÃO

Desde o início das minhas atividades estudantis, minha predileção pela área de saúde foi marcante. O ensino fundamental e meu interesse nas Ciências Biológicas e posteriormente a graduação de Nutrição, aguçaram minha vontade para seguir a área acadêmica.

Com o término da Graduação, a oportunidade de trabalhar fizera com que eu iniciasse minha carreira em uma Unidade de Alimentação, porém nunca desisti de continuar meus estudos e o Mestrado continuava sendo um sonho. Enquanto isso não era possível, aproveitei as oportunidades viáveis na época realizando uma Especialização *lato sensu* em Fisiologia do Exercício na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar).

Ingressei no serviço público em outras cidades, e o desejo de realizar o Mestrado manteve-se mais distante, viagens diárias e a liberação para os estudos ficou mais complicada. Em ambas as cidades trabalhei com alimentação escolar e, meu interesse pela saúde pública/coletiva despertou. Até então meu contato tinha sido pelas duas disciplinas na faculdade e nos estágios em Saúde Pública (Alimentação Escolar e Unidade Básica de Saúde).

Por meio de um novo concurso público, voltei para São Carlos, e dessa vez para atuar na atenção básica. Trabalho inédito para mim, um desafio, pois tinha que me agregar às equipes já existentes.

Na busca de novos saberes relacionados à saúde coletiva, deparei-me com o Mestrado Profissional do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar, modalidade que possibilita unir minha vivência profissional com a vontade de aprender mais sobre a área, visando à melhoria dos serviços de saúde.

A Unidade Básica de Saúde (UBS) é meu local de trabalho, onde desenvolvo atividades como Nutricionista e venho percebendo um aumento exacerbado de pessoas portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, especialmente, obesidade e diabetes, que todos os dias são encaminhadas por diferentes especialidades. Além disso, tenho observado uma ampla procura por medicamentos para emagrecimento e os mais modernos para diabetes, que dependem do Departamento de Alto Custo para seu fornecimento. Foi, então, que gradativamente surgiu e se fortaleceu o interesse em estudar a Rede de Atenção à Saúde de

peças portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Mestrado Profissional em Gestão da Clínica na UFSCar.

# 1 INTRODUÇÃO

## 1.1 Sistema Único de Saúde

Saúde, segundo o Art. 196 da Constituição Brasileira de 1988:

É direito de todos e dever do Estado, garantir mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, p.153).

O Ministério da Saúde (MS), a partir da década de 90 do século XX, vem sendo responsável por portarias que conduzem à admissão de políticas públicas de saúde e, várias medidas governamentais para fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS) (DOMINGOS *et al.*, 2016).

O SUS pode ser considerado uma das conquistas sociais mais notáveis da Constituição Federal, visto que ele materializa uma nova visão de saúde no país:

[...] é formado pelo conjunto de todas as ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e das funções mantidas pelo poder público (BRASIL, 2000, p.5).

O Sistema Único de Saúde tem princípios doutrinários fundamentais: Universalidade, Equidade, Integralidade.

A universalidade é o primeiro princípio e assegura a todos o direito à saúde de forma igualitária e com acesso a todos os níveis de assistência. A integralidade refere que todos devem ter acesso às ações e serviços exigidos para cada caso nos diferentes níveis de assistência. A equidade promove a justiça social, assegurando uma atenção direcionada às pessoas e às necessidades de cada uma, possibilitando equalizar a disponibilização de todos os recursos (humano, terapêutico) ou quaisquer outros que sejam necessários para o atendimento em todo nível de atenção (SOUZA-SILVA; MARTINS; BARBOSA, 2016, p. 45).

Os princípios organizacionais: descentralização, regionalização, hierarquização e participação social foram formulados para organizar o SUS e para concretizá-lo na prática. A descentralização de ações e serviços de saúde acontece do nível federal para o estadual e municipal com ênfase na municipalização. Esta pode ser entendida como parte do processo de descentralização da gestão do sistema de saúde.

A descentralização é assim um instrumento de reestruturação do poder, aproximando os problemas a instituições de nível intermediário e local e transferindo-lhes a capacidade para tomar decisões, dado que não há descentralização efetiva sem capacidade normativa a cada nível (TEIXEIRA, 1991, p.1).

O Ministério da Saúde faz o repasse de três formas: fundo a fundo que é o mais utilizado, em que a transferência é feita do Fundo Nacional de Saúde para os municípios, Estados e Distrito Federal; remuneração de serviços contratados e conveniados com apresentação de faturas referentes ao serviço prestado à população, e a realização de convênios com órgãos interessados em financiamento de projetos específicos na área de saúde. A participação social que propiciou uma maior democratização que deve estar presente no dia-a-dia do sistema por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde que tem o papel de averiguar a execução das políticas de saúde nas três esferas de governo, municipal, estadual e federal (BRASIL, 2000).

“A Lei n. 8.142/1990 que dispõe sobre a participação social no SUS, definindo que a participação popular estará incluída em todas as esferas de gestão do SUS” (ROLIM *et al.*, 2013, p.140).

A regionalização da saúde implica delimitação de espaços territoriais específicos para organização dos serviços de saúde. E a hierarquização significa articular as unidades segundo o grau tecnológico dos serviços, das mais simples às mais complexas, através do sistema de referência e contrarreferência (TEIXEIRA, 2011).

O processo de descentralização da gestão de saúde, desde os referidos anos 90 vem acontecendo de forma gradual, consolidado pelas Normas Operacionais Básicas do SUS (NOB-SUS), fundamentais por possibilitarem a regulação do processo de descentralização, tratando de aspectos relacionados à divisão de responsabilidade, critérios e mecanismos de transferência de recursos federais para estados e municípios (CECILIO *et al.*, 2007). A Norma Operacional da Assistência à Saúde – NOAS-SUS 01/2002 ampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica (AB);

estabeleceu o processo de regionalização como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade; criou mecanismos para o fortalecimento da capacidade de gestão do Sistema Único de Saúde e procedeu à atualização dos critérios de habilitação de estados e municípios (BRASIL, 2002, p.1).

Além da Portaria n. 399 de 22 de fevereiro de 2006, que divulgou o Pacto pela Saúde, que teve como base os princípios constitucionais do SUS e foco nas necessidades de saúde da população e tem a definição das prioridades em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão do SUS.

O Pacto pela Vida pactuou seis prioridades: “saúde do idoso, câncer de colo de útero e de mama, mortalidade infantil e materna, doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza”, promoção da saúde e atenção básica à saúde (BRASIL, 2006, p. 9).

Essas prioridades visavam implementar um programa contínuo de participação social e estabelecer responsabilidade sanitária das três esferas do SUS: federal, estadual e municipal e definir diretrizes para gestão do sistema, enfatizando a descentralização (BRASIL, 2006).

Várias medidas governamentais, nas últimas décadas, foram voltadas para a consolidação do SUS, evidenciando a atenção básica como ponto crucial para qualificar o modelo assistencial no país (DOMINGOS *et al.*, 2016), um modelo considerado pouco resolutivo, centrado na doença com limites na atenção à saúde das pessoas, focado na hospitalização e medicalização (FERTONANI *et al.*, 2015).

Não existe um único modelo ou um modelo específico para o SUS, ele se constrói de acordo com os problemas e experiências de cada região com intuito de produzir saúde (MACHADO, 2007).

A assistência à saúde prestada e a ordenação das políticas públicas e privadas tem seus princípios definidos pela Constituição Federal, baseadas nos SUS; e ao setor privado compete complementar e suplementar-se ao público. As operadoras apresentam tendências comuns, como mecanismos de regulação de acesso de alguns serviços, no caso de autorizações prévias para realização de exames ou procedimentos de maior complexidade; apresentam certo controle nas práticas médicas através de protocolos e dos pacotes acordados, porém, mesmo assim, é identificada uma autonomia do profissional médico que é responsável pela construção da Linha de cuidado do usuário, nos seus consultórios e em parcerias com outros profissionais médicos fazem o encaminhamento construindo o cuidado do paciente. “O modelo comumente praticado na saúde suplementar ainda consiste

em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação e inúmeras queixas dos usuários” (JORGE *et al.*, 2005, p. 227).

Na busca de um modelo de atenção que atenda as necessidades das pessoas e a qualidade de vida delas, como no caso de pessoas portadoras de doenças crônicas, por não priorizar o ser portador da doença e sim a patologia presente nele, esquecendo-se dos fatores sociais e emocionais que interferem nesse processo saúde-doença, o Ministério da Saúde (MS) vem pensando modelos com foco na integralidade da assistência e atendimento igualitário, direcionando para implantação das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que visam à integralidade na saúde (MAFFISSONI; VENDRUSCULO; METESLKI, 2017).

Como mencionada anteriormente, a atenção básica é fundamental para a reorganização da atenção à saúde, sendo considerada como uma das portas de entrada e como primeiro acesso ao sistema de saúde pela população (CECÍLIO *et al.*, 2012). A atenção básica foi redefinida pela Portaria n. 2.436/2017 como:

O conjunto de ações de saúde individuais, familiares e coletivas que envolvem promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária (BRASIL, 2017, p.2).

Com o conceito da Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF) foi criada pelo Ministério da Saúde (MS) como uma forma de substituir o modelo de atenção à saúde tradicional, centrado na doença e ineficaz no atendimento as necessidades de saúde da população. A ESF representa uma visão mais ampla de saúde, prevê a responsabilização para atenção à saúde no âmbito coletivo e individual apoiada nos princípios do SUS. Concentra-se na integralidade do indivíduo considerando suas relações familiares e socioculturais, e retira a centralidade de uma categoria profissional para uma visão interdisciplinar, voltando o trabalho para a equipe multiprofissional (SORATTO; PIRES; DORNELLES; LORENZETTI, 2015).

A atenção básica é considerada como ordenadora e coordenadora do cuidado da saúde, devido sua centralidade na constituição das redes de atenção à saúde (CECLIO *et al.*, 2012).

## 1.2 Redes de Atenção à Saúde

As Redes de atenção à saúde (RAS) tiveram sua origem na década de 1920, no Reino Unido, quando foi elaborado o Relatório de Dawson, devido à uma reestruturação no sistema de proteção social desse país. A RAS vem sendo adotada em alguns países da Europa, e na América Latina a implantação ainda é inicial (BRASIL, 2012).

No Brasil, na década de 90 do século XX, pesquisadores já estudavam o tema, com possibilidade de apontar alguns avanços em relação ao modelo de atenção. Em 28 de setembro de 2017, foi publicada a Portaria de Consolidação n.3, que consolida as normas sobre Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS, na qual consta a seguinte conceituação das RAS:

São arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017, p.11).

Ainda nesta portaria, a RAS tem como objetivos melhorar a qualidade da atenção, integralidade, os resultados sanitários do sistema de atenção à saúde, a eficiência na utilização dos recursos e a equidade em saúde.

A poliarquia substitui o conceito de hierarquia na RAS, em que todos os componentes da rede são igualmente importantes para o cumprimento dos objetivos. O conceito do SUS é a de um “sistema hierárquico, tipo piramidal, formatado segundo as densidades relativas de cada nível de atenção, em atenção básica, média e alta complexidade” que deve ser substituída pelas redes poliárquicas (MENDES, 2011, p.83).

Para implantar as redes alguns pontos importantes devem ser considerados, como:

definição clara da população e território; uma série de estabelecimentos prestando serviços variados; AB como primeiro nível de atenção; serviços especializados; cuidado e assistência integral contínuo; atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e nas comunidades considerando as particularidades de cada um; integração entre os diferentes entes federativos a fim de um propósito comum; ampla participação social; gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico; recursos suficientes; sistema de informação integrado; ação intersetorial; financiamento tripartite e gestão baseada em resultados”, com intuito de alcançar os princípios e diretrizes do SUS (BRASIL, 2012, p.15).

Segundo Mendes (2010), as redes de atenção à saúde apresentam objetivos e missão comuns, operando de forma cooperativa e interdependente, permitindo uma atenção contínua e integral com estratégias preventivas, cuidadoras, curativas e de promoção, prestada pela atenção primária à saúde junto aos níveis secundários e terciários, de forma humanizada. Essas redes de atenção formam-se de três elementos: população, estrutura operacional e modelo de atenção à saúde.

A característica importante da RAS é ter uma população sob sua responsabilidade sanitária e econômica, portanto, é fundamental que essa população seja conhecida e cadastrada em sistemas de informações eficientes, que ficarão sob a supervisão da atenção básica.

Sua estrutura operacional é composta por cinco componentes:

O centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde (MENDES, 2010, p.2301).

É constituída pelos nós da rede, relacionando a atenção primária à saúde aos pontos de atenção secundários e terciários e aos sistemas de apoio, e as ligações materiais e imateriais que comunicam esses nós representadas pelos sistemas logísticos, e o sistema de governança da rede de atenção à saúde governa a relação entre eles (MENDES, 2010).

O mesmo autor ainda infere que:

os modelos de atenção à saúde são sistemas que organizam o funcionamento da RAS, articulando as relações entre as populações e as subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevaiente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade (MENDES, 2010, p.6).

Pela Portaria de Consolidação n. 3, de 28 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017), as Redes Temáticas de Atenção à Saúde são:

I. *Rede Cegonha* “que visa segurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e o direito à criança ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis” (p.21).

II. *Rede de Atenção às Urgências e Emergências* (RUE) tem objetivo de ampliar e agilizar o acesso e acolhimento, garantindo a universalidade, equidade e

integralidade na atenção nos serviços de urgência e emergência (Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e outros serviços com funcionamento 24 horas).

III. *Rede de Atenção Psicossocial (RAPS)* amplia o acesso à Rede de Atenção as pessoas com transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas no âmbito do SUS.

IV. *Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência* articula e amplia pontos de atenção à saúde a pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável, intermitente ou contínua promovendo cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e em múltiplas deficiências.

V. *Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas* que tem como objetivos:

Art. 4º I- realizar a atenção integral à saúde das pessoas com doenças crônicas, em todos os pontos de atenção, através da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde; e

II - fomentar a mudança no modelo de atenção à saúde, por meio da qualificação da atenção integral às pessoas com doenças crônicas e da ampliação das estratégias para promoção da saúde da população e para prevenção do desenvolvimento das doenças crônicas e suas complicações (BRASIL, 2017, p. 117-118).

A prioridade para organização dessa rede temática são as doenças e fatores de risco mais prevalentes: “as doenças renocardiovasculares, diabetes, obesidade, doenças respiratórias crônicas e câncer do colo do útero e mama” (BRASIL, 2013, p.11).

O autor também aponta que fica sob a competência das secretarias de saúde dos municípios o planejamento dos serviços de saúde necessários para o cuidado das pessoas com doenças crônicas, levando em consideração os serviços disponíveis, o perfil e as necessidades de saúde do território e organizar as linhas de cuidado que irão compor essa rede. Sua estrutura é composta pela atenção básica, pela atenção especializada (serviço ambulatorial especializado, serviço hospitalar, e o serviço de urgência e emergência), além dos sistemas de apoio, logísticos, regulação e governança.

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) são essenciais para a coordenação dos serviços de saúde, em busca da integralidade do cuidado. O Ministério da Saúde

vem propondo diretrizes e instrumentos para o cuidado de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Essa rede tende a qualificar o cuidado integral, ampliando estratégias de promoção da saúde e prevenção dessas doenças e suas complicações. Com isso sua implantação se dá por meio de organização de linhas de cuidado específicas. A linha de cuidado é centrada nas necessidades do indivíduo, e há um envolvimento de redes macro e microinstitucionais, em processos voltados ao fluxo de assistência. A linha de cuidado para ser efetiva depende de apoio e determinação dos gestores, profissionais e usuários, a fim de organizar o itinerário pela rede de serviços (MALTA; MERHY, 2010).

No caso das DCNT, há necessidade de uma visão geral das condições de vida, portanto as linhas de cuidado precisam “articular ações de proteção, promoção, prevenção, assistência que sejam voltadas para as especificidades de grupos ou indivíduos”, já que estão relacionadas, principalmente, com a qualidade de vida dos pacientes e familiares (MALTA; MERHY, 2010, p. 602).

As Redes de Atenção à Saúde podem ter efeitos positivos como referido por Mendes (2010), pois tendem a melhorar a qualidade clínica, aumentando a satisfação dos usuários e reduzir os custos do sistema de saúde.

O sistema de saúde preconizado pelas Redes de Atenção à Saúde pode trazer benefícios e potencialidades à sociedade, porém há grandes dificuldades para o desenvolvimento desse modelo, devido ao desconhecimento e a falta de adesão a ele, por parte dos profissionais, gestores, usuários, professores e estudantes que atuam no sistema (MAFFISSONI; VENDRUSCULO; METESLKI, 2017).

Contudo, segundo Gomes (2014) a RAS ainda apresenta uma contínua fragilidade, devido aos inúmeros atores que a gerencia. São 26 estados e distrito federal, e mais de cinco mil municípios com autonomia político-administrativa na organização das redes.

Para implantação da RAS é necessária uma organização com objetivo de proporcionar uma atenção à saúde que seja pública, integral e universal em todo o país (GOMES, 2014).

As doenças crônicas vêm se multiplicando, devido a mudança do perfil epidemiológico da população. Estima-se que o Brasil, em 2025, será a sexta população idosa do mundo. O cuidado da pessoa com doença crônica deve ser de

forma integral, e isto, só acontece se a atenção a saúde for organizada em rede (OMS, 2005).

Mediante esse quadro epidemiológico, as Diretrizes elaboradas para o cuidado das pessoas com doenças crônicas priorizaram como eixo temático as redes, em que linhas de cuidado prioritárias sejam desenvolvidas para às doenças e fatores de risco já referidas anteriormente (BRASIL, 2013; DAWALIBI, 2013). Elas são abordadas a seguir.

### 1.3 Doenças Crônicas Não Transmissíveis

As doenças crônicas estão associadas a várias causas, e apresentam prognósticos com longa duração, podendo com o tempo manifestar agravos, gerando incapacidades. Necessitam de intervenções relacionadas a modificações de hábitos, além do uso de tecnologias em saúde (BRASIL, 2013).

Gonçalves (1994) traz o conceito das tecnologias utilizadas na produção de saúde, “*tecnologias materiais*” para os instrumentos e “*tecnologias não materiais*” para o conhecimento técnico. Merhy e Franco (2003), trazem a ideia de uma outra tecnologia, a das relações que consideram fundamental para produção do cuidado.

As tecnologias em saúde são divididas em leve, leve-dura e dura, referem-se, respectivamente, às relações humanas na produção do vínculo, no acolhimento entre o profissional e usuário; aos saberes profissionais estruturados com a clínica e, por último, aos equipamentos e exames utilizados para o tratamento (CESTARI *et al.*, 2015).

Essas doenças “determinam impactos fortes, apresentam grandes efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos, causam mortes prematuras e geram efeitos econômicos negativos para as famílias, as comunidades e os países” (MENDES, 2011, p.30).

As DCNT tiveram suas ações intensificadas pela Portaria de Consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017 em que foram consolidadas as Redes Temáticas de Atenção à Saúde devido à sua grande magnitude, correspondendo a 72% das causas de mortes no Brasil e no mundo, e em 2020 serão responsáveis por 80% da carga de doença dos países em desenvolvimento (BRASIL, 2017; BRASIL, 2013; MALTA, SILVA JR, 2013; PALOSCHI, 2016).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o câncer do colo uterino é o terceiro tipo mais frequente entre as mulheres (PAULA *et al.*, 2016).

Há uma associação significativa entre a obesidade e o baixo índice de atividade física com controle para o câncer de mama. A taxa de mortalidade continua elevada para essa doença e, no Brasil, representa a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres brasileiras (FIGUEIREDO *et al.*, 2016).

O câncer é reconhecido como problema de saúde pública desde 1919, e o câncer de mama foi incluído nas políticas públicas de saúde em 1984, devido, provavelmente, a uma alta prevalência observada na década de 70 do século passado. Com isso, atualmente, é prioridade da política de saúde recebendo investimentos desde a atenção básica até a atenção especializada (PAULA *et al.*, 2016).

Outra patologia e também fator de risco, é a obesidade, que é caracterizada pelo acúmulo de gordura localizada ou generalizada, causada por desequilíbrio nutricional, relacionado ou não a distúrbios do metabolismo (ABESO, 2009).

O Índice de Massa Corporal (IMC) é o cálculo mais utilizado e prático para definir a adiposidade, porém ele não reflete a distribuição da gordura corporal que é importante na avaliação da obesidade, já que a gordura intra-abdominal (visceral) é um fator de risco. Atualmente, a medida de circunferência abdominal é uma medida importante a ser realizada para complementar o IMC, pois representa melhor a gordura visceral. Estima-se que no Brasil, 50% da população esteja acima do peso, ou seja, nas faixas de sobrepeso e obesidade. A projeção mundial para 2025, é que cerca de 2,3 bilhões de adultos estejam com sobrepeso; e mais de 700 milhões, obesos (ABESO, 2016).

Também priorizada pela Diretriz, a Doença Renal Crônica (DRC) é considerada um problema de saúde pública, apresentando alto custo para o Brasil e o mundo. A filtração glomerular que avalia a função renal e a diminuição dessa filtração é observada na DRC. Ela se baseia em critérios, tais como: lesão no rim por um período igual ou superior a três meses definida por anormalidades estruturais ou funcionais do rim e por filtração glomerular menor que 60ml/min/1.73 m<sup>2</sup> por um período igual ou superior a três meses com ou sem lesão renal. A DRC é definida como “lesão do parênquima renal (com função renal normal) e/ou pela diminuição

funcional renal presentes por um período igual ou superior a três meses” (BASTOS; BREGMAN; KIRSTZTAJN, 2010, p. 249).

Na Portaria de Consolidação n.3 de 2017 constam os critérios para organização e funcionamento da linha de cuidado do paciente renal em todos os níveis de atenção (BRASIL, 2017).

Há alguns grupos de risco para doença renal crônica: “os hipertensos, diabéticos, idosos, pacientes com doença cardiovascular, familiares de portadores de DRC e pacientes em uso de medicamentos nefrotóxicos” (BASTOS; BREGMAN; KIRSTZTAJN, 2010, p.249).

“A Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) é uma situação clínica multifatorial caracterizada pela elevação sustentada dos níveis pressóricos”. Relaciona-se, geralmente, as alterações das funções e estruturas de órgãos alvo (coração, encéfalo, rins, vasos sanguíneos) e metabólicas, com aumento frequente dos riscos cardiovasculares fatais e não fatais (SOCIEDADE, 2016a, p.1).

A HAS tem alta prevalência, acomete cerca de 32,5% de indivíduos adultos e 60% de idosos, aumentando a morte por doença cardiovascular, em torno de 50% no Brasil, e ainda são responsáveis por alta frequência de internações, ocasionando custos elevados. Os fatores de risco para Hipertensão Arterial são: idade, gênero, etnia, excesso de peso, ingestão de sal, ingestão de álcool, sedentarismo, fatores socioeconômicos e genéticos (MALACHIAS *et al.*, 2016).

O Diabetes mellitus (DM) é um distúrbio metabólico que apresenta o aumento da glicemia (hiperglicemia), resultante de defeitos na ação e/ou na secreção de insulina. A classificação atual do DM baseia-se na etiologia e não no tipo de tratamento. A classificação proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pela Associação Americana de Diabetes (ADA), inclui quatro classes clínicas: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional (SOCIEDADE, 2016b).

No Brasil o diabetes atinge nove milhões de pessoas, com predominância nas mulheres em relação aos homens. As taxas de prevalências entre as faixas etárias ficam maiores (19,9%) entre os idosos com idade de 65 a 74 anos (BRASIL, 2015). O Brasil ocupa a quarta posição na relação dos dez países com maior número de pessoas com diabetes (SOCIEDADE, 2017).

Estimava-se que a população mundial com diabetes, em 2015, era de 8,8%, na faixa etária dos 20 aos 79 anos, cerca de 415 milhões de pessoas, com previsão de aumento para 2040, para 642 milhões de indivíduos. Esse crescimento está ocorrendo, devido à multiplicação e envelhecimento populacional, da prevalência da obesidade e sedentarismo, estilo de vida sedentário, além da maior sobrevivência dos pacientes diabéticos. O diabetes está relacionado ao aumento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares, cegueira entre outras, além de maior utilização dos serviços de saúde (SOCIEDADE, 2017).

A doença cardiovascular, especificamente, é um distúrbio que abrange o coração e os vasos sanguíneos, resultando em alterações na circulação (LIMA *et al.*, 2016, p. 496).

As Doenças Cardiovasculares (DCV), câncer e a doença respiratória crônica, causam, mundialmente, em torno de 38 milhões de mortes por ano. No Brasil, a DCV representou 28% do total de óbitos (SIQUEIRA *et al.*, 2017).

Por fim, devem ser referidas as doenças respiratórias no Brasil, tais como: pneumonia, asma e a doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) que correspondem a 12% das internações hospitalares entre 1998 e 2005 (CONDE, 2015). Entretanto, essas patologias não foram mencionadas, em ambos os municípios estudados, não havendo por enquanto linhas de cuidado para essas doenças, nem respectivos articuladores.

Segundo Mendes (2011, p.28) “os principais fatores determinantes do aumento das condições crônicas são as mudanças demográficas, nos padrões de consumo e nos estilos de vida, a urbanização acelerada e as estratégias mercadológicas”.

Segundo a OMS (2011), homens e mulheres que vivem em países pobres têm em relação aos países de alta renda, cerca de três vezes mais risco de morrer antes dos 60 anos em razão de uma doença crônica não transmissível.

O impacto econômico na sociedade provocados pelas DCNT são amplos, pois elas geram insuficiências nos trabalhos, causando desemprego, perda de produtividade, aumentando os custos por parte dos prestadores de serviços além de má qualidade de vida para essas pessoas (MENDES, 2011).

Diante do impacto dessas doenças, a implantação da Rede de Atenção à Saúde de pessoas com DCNT torna-se essencial para o cuidado desses pacientes,

e como já referido no texto, a atenção básica é uma estratégia dentro da RAS. Nesse contexto, com a necessidade de qualificar a AB, uma proposta lançada pela Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) em 2009, incluiu a criação de uma nova função profissional, a do articulador da atenção básica, para auxiliar gestores e profissionais de saúde. Essa proposta, construída especificamente para o Estado de São Paulo, ainda é pouco conhecida. Destacou-se como sendo papel de articulador a assessoria técnica e o fato de serem facilitadores da comunicação entre entes federativos e profissionais (DORICI; LORENZI; PEREIRA, 2017).

Segundo o site da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (SES-SP), o papel dos articuladores é:

apoiar o Plano de fortalecimento da Atenção Básica no âmbito local e regional; assessorar o desenvolvimento de ações e propostas de melhoria da qualidade da AB junto aos municípios; desenvolver ações de monitoramento e avaliação da AB em colaboração com os municípios (SÃO PAULO, 2018, p.1).

Nas cidades de realização dessa pesquisa, o articulador não ocupa cargo formal no organograma da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e não desempenha esse papel como função exclusiva. É um trabalhador atuante na área da saúde que é designado para tal função, sem acréscimos nos proventos. Dependerá dele, juntamente com o gestor e o serviço de saúde desempenhar o seu papel de forma colaborativa.

## 2 JUSTIFICATIVA

Com o ritmo acelerado de aparecimento das doenças crônicas não transmissíveis na sociedade, devido aos maus hábitos de vida, como alimentação inadequada, sedentarismo, uso de tabaco e bebidas alcoólicas, é necessária uma atuação maior em relação aos cuidados com essas patologias e a promoção da saúde, já que estão ligadas diretamente com a qualidade de vida das pessoas.

As doenças crônicas não transmissíveis discutidas nesse trabalho (obesidade, câncer de mama e colo de útero e doença renal crônica), referem-se às DCNT citadas pelas Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias (BRASIL, 2013).

A Rede de cuidado das doenças crônicas não transmissíveis vem se justificando pela amplitude destas doenças, crescente morbimortalidade, além dos custos que agrega. Ressalta-se que as DCNT atingem todas as classes sociais e países ricos ou pobres e requerem a articulação de ações de promoção, prevenção e assistência a serem centradas nas necessidades dos usuários.

O interesse em pesquisar sobre a Rede de DCNT está relacionado com a experiência vivida pela pesquisadora na atenção básica de um dos municípios e ter observado a crescente demanda de patologias crônicas sem resolutividade. O que gerou alguns questionamentos:

Como está o funcionamento da Rede de doenças crônicas? Realmente está implantada? Há potencialidades/avanços? Há fragilidades/desafios? Quais os profissionais que fazem parte dessa Rede? Há articulação entre os serviços de saúde da Rede?

Diante destas indagações, pretende-se com a pesquisa contribuir para o aprimoramento da referida Rede de atenção na região de atuação profissional, conseqüentemente, otimizar o processo de trabalho dos profissionais de saúde, melhorando o atendimento aos usuários, além de agregar maior conhecimento e mais discussões sobre a Rede de doenças crônicas, visto que há poucos estudos localizados sobre essa Rede e, especificamente, quando associada a perspectiva de seus articuladores.

Foram realizadas buscas em três bases de dados importantes para a área de saúde: BVS, *Scielo* e *PubMed* e no Banco de Teses e Dissertações da Coordenação

de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Foram localizados seis artigos no *PubMed*.

Os descritores utilizados foram “rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis” (três artigos), “rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis e integralidade em saúde”, “rede de atenção à saúde de pessoas crônicas não transmissíveis e Sistema Único de Saúde” (três artigos) e “rede de atenção à saúde e articuladores”. É importante ressaltar que podem ser localizados trabalhos referentes a este tema e descritores, publicados em outras bases de dados não utilizadas nessa pesquisa.

Portanto, o presente estudo torna-se socialmente relevante, mediante o quadro epidemiológico dessas DCNT e suas graves consequências para os indivíduos afetados e seus familiares, ao aumento na demanda para essas patologias nas unidades de saúde e, conseqüentemente, o alto custo para o país e municípios e, academicamente, devido a restrita produção de conhecimentos relacionado diretamente à Rede de atenção a saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis na perspectiva de seus articuladores, podendo ampliar mais reflexões para este problema de saúde pública, em especial na região de estudo e atuação, papel a ser cumprido por esta dissertação defendida em um Mestrado Profissional em Gestão da Clínica.

### **3 OBJETIVOS**

#### **Objetivo Geral**

Analisar a Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, sob a perspectiva de seus articuladores.

#### **Objetivos Específicos**

Identificar os profissionais que fazem parte da Rede de Atenção à saúde de pessoas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis.

Analisar as potencialidades e fragilidades na implantação e funcionamento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, nas duas cidades estudadas.

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

### 4.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo de abordagem metodológica qualitativa, “a qual pretende verificar a relação da realidade com o objeto de estudo podendo obter várias interpretações de uma análise indutiva por parte do pesquisador” (DALFOVO *et al.*, 2008, p.6).

Segundo Minayo e Deslandes (2009) “a pesquisa qualitativa trabalha num ambiente que não pode ser quantificado, ela concentra-se no universo dos significados, dos motivos, das atitudes, das crenças e aspirações” (p.21-22). Essas manifestações humanas são entendidas como parte da realidade social, já que o ser humano se diferencia por pensar no que faz e interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e dividida com o próximo.

A pesquisa qualitativa pretende conhecer mais a fundo as vivências das pessoas, as representações que elas têm das experiências de vida e não listar, mensurar ou correlacionar seus comportamentos ou eventos de suas vidas quantitativamente (TURATO, 2005).

O objeto da pesquisa qualitativa é a relação, a intencionalidade e as representações, e dificilmente pode ser traduzido em números (MINAYO; DESLANDES, 2009).

Nos últimos anos, é fácil encontrar pesquisadores da área de saúde utilizando os métodos qualitativos, por exemplo para reconhecer a sua ajuda na melhor compreensão da vida dos pacientes (TURATO, 2005).

Esta pesquisa qualitativa, trata-se de um estudo de caso, o qual buscou compreender a perspectiva de trabalhadores da saúde. O estudo de caso busca analisar detalhadamente, profundamente, uma situação, um ambiente ou um sujeito (GODOY, 1995).

## 4.2 Procedimentos Metodológicos

### 4.2.1 Cenário do Estudo

Optou-se nessa pesquisa em estudar os dois maiores municípios, em população, do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) do estado de São Paulo: Araraquara, com uma população estimada para 2017 de 230.770 mil habitantes distribuídos em uma área territorial total de 1.003,62 km<sup>2</sup> e São Carlos, com uma população estimada de 246.088 mil habitantes, distribuídos em uma área total de 1.136,907 km<sup>2</sup> (IBGE, 2017), configurando portes semelhantes.

No período de estudo Araraquara contava com dez Centros Municipais de Saúde e vinte e oito equipes de saúde da família (ESF); também com um Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); Serviço Especial de Saúde de Araraquara (SESA); uma maternidade Fundação Municipal Irene Siqueira Alves “Vovó Mocinha” (FUNGOTA); Vigilância Sanitária (VISA); Vigilância Ambiental em Saúde – Controle de Vetores; Vigilância Epidemiológica (VE); três Unidades de Pronto Atendimento (UPA); Serviço de Atendimento Urgência e Emergência (SAMU); Centro de Referência do Jovem e do Adolescente (CRJA); Centro de Atenção à Criança (Espaço Crescer); Centro de Referência de Saúde Mental do Adulto (CRASMA); Centro de Atenção Psicossocial II (CAPS II); Centro de Atenção Psicossocial – Álcool e Drogas (CAPS/AD); Centro de Referência da Saúde do Idoso (CRIA); Núcleo de Gestão Assistencial (NGA 3); Ambulatório da Saúde da Mulher; Unidade Médica de Diagnóstico (UMED); o Centro Especializado em Reabilitação (CER) que, integrou em seu atendimento o Serviço de Atendimento de Reabilitação de Araraquara (SARA), Centro Integrado de Saúde Auditiva (CISA) e o Centro de Diagnóstico e Intervenção Precoce (CDIP) (ARARAQUARA, 2018).

E São Carlos possuía doze Unidades Básicas de Saúde (UBS) e vinte equipes de Saúde da Família (ESF), além do ambulatório oncológico; Centro de Atenção Psicossocial (CAPS Mental); Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas (CAPS Álcool e drogas); Centro de Atenção Psicossocial Infantil (CAPS I); Centro de Especialidades Odontológicas (CEO); Centro Municipal de Especialidades (CEME); Centro de Atendimento de Infecções Crônicas (CAIC), Vigilância Epidemiológica; Vigilância Sanitária, Serviço de Atendimento Domiciliar (SAD); um

Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF); Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e duas Unidades de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência (UPA) (SÃO CARLOS, 2018).

Para melhor contextualização, esclarecemos que o referido DRS III-Araraquara possui, em sua área de abrangência, 24 municípios organizados em quatro Regiões de Saúde (RS): Central, Centro Oeste, Coração e Norte do DRS III. A Região Central compreende os municípios: Américo Brasiliense, Araraquara, Boa Esperança do Sul, Gavião Peixoto, Motuca, Rincão, Santa Lúcia e Trabiju; a Região Centro Oeste do DRSIII é composta pelos municípios: Borborema, Ibitinga, Itápolis, Nova Europa e Tabatinga; a Região Coração por: Descalvado, Dourado, Ibaté, Porto Ferreira, Ribeirão Bonito e São Carlos e a Região Norte do DRS III –Araraquara composta pelos seguintes municípios: Cândido Rodrigues, Dobrada, Matão, Santa Ernestina e Taquaritinga, como mostra a Figura 1 a seguir:

**Figura 1:** Regiões de Saúde do DRS III – Araraquara



Fonte: <http://www2.fcfar.unesp.br>, 2012

A Resolução nº 1 de 29 de setembro de 2011, estabelece as diretrizes para a criação das regiões de saúde. Essas regiões são instituídas pelo Estado em articulação com os municípios. Considera-se região de saúde:

[...] o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamento de Municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de redes de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (BRASIL, 2011, p.1).

Vale ressaltar a importância dos Departamentos Regionais de Saúde – DRS, que fazem parte da Secretaria do Estado de São Paulo e foram divididos, de acordo com o Decreto n. 51.433 de 28 de dezembro de 2006, em 17 Departamentos de Saúde. Os quais tem:

a finalidade de contribuir para a qualidade de vida da população das respectivas regiões, coordenando, articulando, organizando e gerenciando o sistema de saúde loco-regional; identificar a necessidade de compra de serviços de saúde; promover a articulação dos sistemas metropolitanos de saúde; avaliar, acompanhar e estabelecer a cooperação técnica dos sistemas de saúde; tornar disponíveis e dar publicidade às informações de saúde e gerenciais que viabilizem o controle social do desempenho do sistema de saúde (SÃO PAULO, 2016, p.1).

A partir dos próximos itens os municípios não serão mais identificados por suas denominações oficiais e sim por letras e números - Município 1 (M1) e Município 2 (M2), não necessariamente na ordem em que foram anteriormente apresentados.

#### **4.2.2 Participantes do estudo**

Foram escolhidos como participantes desse estudo os articuladores da Atenção Básica envolvidos na implantação e no funcionamento da Rede de Atenção à Saúde das pessoas com DCNT das duas cidades, que aceitassem participar da pesquisa, independente da profissão, gênero e local de trabalho. O Município 1 (M1) conta com três articuladores, cada um assumindo uma Linha de Cuidado específica (oncologia, renal e obesidade) e no Município 2 (M2) somente um articulador foi indicado pela Secretaria Municipal de Saúde, que está à frente da Linha de Cuidado do Renal. O DRS III foi contatado para fornecer os dados de possíveis outros

articuladores, porém o órgão informou que não houve indicação pelo município para outras linhas de cuidado dessa Rede. Os quatro articuladores convidados aceitaram participar da pesquisa concedendo entrevistas.

#### 4.2.3 Coleta de dados

A princípio, os quatro articuladores dos dois municípios do Departamento Regional de Saúde III (DRS III) foram contatados via e-mail e via telefone para explanação da pesquisa, convite e agendamento da entrevista.

Segundo Minayo *et al.* (2009, p.57) entrevista “é a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo”. É uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, com o objetivo de construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa. São classificadas em:

- ✓ Sondagem de opinião,
- ✓ Semiestruturada,
- ✓ Aberta ou em profundidade,
- ✓ Focalizada,
- ✓ Projetiva.

Utilizou-se a forma semiestruturada, que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à pergunta formulada (MINAYO *et al.*, 2009).

Elaborou-se um Roteiro (Apêndice 1) com questões relacionadas aos objetivos da pesquisa, flexível, possibilitando liberdade aos entrevistados para abordar o assunto. As questões norteadoras foram:

- ✓ Perfil dos entrevistados;
- ✓ Papel do articulador e o tempo de articulação no município;
- ✓ Implantação e funcionamento dessa Rede no município;
- ✓ Fragilidades e Potencialidades da Rede de Atenção à saúde de pessoas portadoras de doenças crônicas;
- ✓ Estratégias para ampliar as potencialidades e minimizar as fragilidades.

As entrevistas (no total de quatro) foram baseadas no Roteiro, tiveram uma duração aproximada de 15 a 40 minutos a depender do entrevistado, foram gravadas com o consentimento dos participantes e realizadas no local de trabalho

de cada um dos profissionais articuladores. Posteriormente, todas as entrevistas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora.

Para a identificação dos sujeitos na transcrição das falas, foi utilizada a letra A de articulador, adicionada de um número (A1, A2, A3 e A4), de acordo com a ordem das entrevistas realizadas. A coleta de dados ocorreu em outubro de 2017, seguindo preceitos éticos (ver item 4.4) e a disponibilidade dos entrevistados.

### **4.3 Análise de dados**

Os dados obtidos nesse estudo foram analisados qualitativamente, sendo utilizada a análise de conteúdo categorial temática das entrevistas. Nesse tipo de análise, busca-se identificar nas falas dos sujeitos significados e valores em relação ao objeto do estudo e espera-se compreender o pensamento do indivíduo por meio do conteúdo expresso no texto (MINAYO, 2010).

Muitas disciplinas e objetivos podem se beneficiar dessa técnica, visto que, tudo que possa ser transformado em texto é passível de ser analisado por ela (OLIVEIRA, 2008).

Essa análise pressupõe algumas etapas, tais como (OLIVEIRA, 2008, p.571):

- ✓ Pré-análise (primeira etapa);
- ✓ Exploração do material ou codificação (segunda etapa);
- ✓ Tratamento dos resultados, inferência e interpretações (terceira etapa).

A pesquisa seguiu as etapas citadas por Oliveira (2008), primeiramente, com leitura atenta das quatro entrevistas se deixando impressionar pelo conteúdo sem intenção de perceber elementos específicos na leitura.

Posteriormente, uma análise categorial foi realizada a partir dos temas emergentes, de acordo com o objeto estudado e os conteúdos do texto analisado.

Ao final, na discussão dos resultados, sob a ótica impressa pelo pesquisador foram sintetizadas as unidades extraídas do texto, agregando significado e contendo a maior parte do material das entrevistas analisadas (OLIVEIRA, 2008).

#### **4.4 Aspectos Éticos da Pesquisa**

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar e aprovada sob o número de Parecer: 2.278.625 de 15/09/2017 (Anexo).

Os participantes foram esclarecidos sobre os objetivos e procedimentos da pesquisa, garantindo-lhes o anonimato, o sigilo das informações e a liberdade para a desistência em qualquer momento/etapa da pesquisa, além do acesso à pesquisadora e aos resultados ao final do estudo.

Todos os entrevistados assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (Apêndice 2).

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste item consta a caracterização dos participantes (Quadro 1), os profissionais envolvidos com a Rede de DCNT em ambos os municípios, segundo os articuladores (Quadro 2) e a análise das entrevistas.

### 5.1 Características dos participantes

Dos quatro articuladores/as entrevistados/as, três são do sexo feminino e um do sexo masculino, com faixa etária entre 34 e 51 anos. Em relação à escolaridade, todos possuem nível superior completo, com tempo de formação igual ou maior que 17 anos e quanto à pós-graduação três dos entrevistados fizeram especialização, sendo que dois participantes realizaram na área de atuação e um deles faz mestrado profissional.

Quanto ao tempo de trabalho, todos possuem mais de cinco anos na função e dois estão atualmente em cargos de gestão. Dois profissionais trabalham na Atenção Básica, um deles trabalha tanto na AB como na atenção especializada e um dos profissionais desenvolve suas atividades na atenção especializada. As informações são apresentadas no Quadro 1, a seguir:

**Quadro 1:** Perfil dos participantes da pesquisa, segundo gênero, idade, cargo/função, tempo de trabalho no local atual, local de trabalho, tempo de formação e complementação da formação-

Participante	Gênero	Idade (anos)	Cargo/Função	Tempo de trabalho no local atual (anos)	Local de trabalho	Tempo de Formação (anos)	Complementação da formação
A1	F	43	Enfermeira Supervisora de Unidade	5 4	Atenção Básica	22	Especialização em cardiologia e Mestranda da UFSCar
A2	F	34	Auxiliar de Enfermagem	9	Atenção Básica	17	
A3	F	47	Psicóloga Supervisora de Unidade	16 1	Especializada	17	Especialização em psico-oncologia e Formação em psicanálise laciana
A4	M	51	Médico Nefrologista	24	Atenção Básica/ Especializada	29	Residência Médica em Nefrologia e Título de especialista em nefrologia

**Fonte:** Dados da pesquisa – quadro elaborado pela autora.

Observou-se que os articuladores reconhecem o papel dessa função como sendo um facilitador, um interlocutor entre os níveis de atenção, os gestores, o DRS, profissionais e usuários. Que precisa ser estabelecida uma conexão entre esses personagens a fim de articular melhor as ações de saúde. A questão de assumir um cargo foi mencionada rapidamente durante a entrevista, como sendo um facilitador da comunicação para realização das ações dentro desse perfil de articulador.

No Quadro 2, estão dispostos os profissionais de equipe interprofissional que prestam atendimento para a Rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis, em ambos os municípios, segundo os articuladores.

É possível observar que somente o Município 1 (M1) conta com três articuladores divididos em Linhas de cuidado: Linha de cuidado da Obesidade e Diabetes, Linha de Cuidado da Nefrologia e Linha de Cuidado da Oncologia. O Município 2 (M2) também é dividido por Linha de Cuidado, porém, em atuação há apenas o articulador da Linha de Cuidado da Nefrologia.

Em relação aos profissionais envolvidos no funcionamento da Rede de DCNT, nas linhas de obesidade e diabetes, nefrologia e oncologia, foi citado pelos articuladores que todas possuem equipe interprofissional, como, nutricionista, enfermeiro/a, assistente social e psicólogo/a, e os médicos especialistas nefrologista, endocrinologista e cirurgião oncológico para atendimento aos usuários, porém nem todos souberam informar a quantidade dos profissionais e se um mesmo profissional trabalha em vários locais.

A quantidade e a categoria de profissionais são definidas por linhas de cuidado e estão descritas conforme a Portaria nº 3, de 27 de setembro de 2017 (BRASIL, 2017). A equipe interprofissional preconizada para a Atenção Ambulatorial Especializada em DRC deve conter médico/a nefrologista, enfermeiro/a, nutricionista, psicólogo/a e assistente social, e para a Atenção Especializada em DRC com hemodiálise a equipe mínima deve ser composta por dois médicos/as e dois enfermeiros/as com especialização em nefrologia, sendo um responsável técnico de cada profissão, assistente social, psicólogo/a, nutricionista e técnico/a de enfermagem.

Na linha de cuidado de prevenção e controle do câncer consta a atuação da equipe interprofissional para atendimento dos usuários. No Serviço de Referência para Diagnóstico e Tratamento de Lesões Precursoras do Câncer de Colo de Útero

deve compor a equipe: médico/a ginecologista e obstetra, enfermeiro/a e técnico/a ou auxiliar de enfermagem e técnico/a em radiologia e imagenologia ou de tecnólogo em radiologia. Em Serviço de Referência para o Diagnóstico de Câncer de Mama a equipe deve possuir: médico/a mastologista ou médico/a ginecologista e obstetra, médico/a radiologista ou médico/a mastologista, enfermeiro/a, técnico/a ou auxiliar em enfermagem. E para a linha de cuidado de sobrepeso e obesidade, a referida Portaria menciona que a avaliação para tratamento cirúrgico da obesidade na Atenção Especializada e a assistência terapêutica na Atenção Básica devem ser realizadas por equipes interprofissionais.

**Quadro 2:** Profissionais envolvidos na implantação e funcionamento da RAS de DCNT, segundo os articuladores, divididos em Linhas de cuidado.

<b>Formação Profissional</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Linha de Cuidado</b>	<b>Município</b>
Assistente Social	1	Oncologia	M1
	1	Renal	M2
Enfermeira/o	Não informada	Obesidade Oncologia	M1
	1	Renal	M2
Fisioterapeuta	2	Oncologia	M1
Fonoaudióloga/o	1	Oncologia	M1
Médico Cardiologista	Não informado	Obesidade	M1
Médico Endocrinologista	Não informado	Obesidade	M1
Médico Nefrologista	7	Renal	M2
	Não informado	Renal	M1
Médico Oncológico (cirurgião oncológico, hematologista, mastologista e urologista)	Não informado	Oncologia	M1
Nutricionista	1	Obesidade	M1
	1	Oncologia	M1
	1	Renal	M2 / M1
Psicóloga/o	Não informado	Obesidade	M1
	1	Oncologia	M1
	1	Renal	M2

**Fonte:** Dados da pesquisa – quadro elaborado pela autora.

## 5.2 Análise das entrevistas com os articuladores

Os resultados qualitativos são apresentados e discutidos a seguir, organizados em quatro categorias, destacando-se alguns trechos literais obtidos nas entrevistas.

- Categoria 1 - Rede de Atenção (RAS): rede ou linha de cuidado
- Categoria 2 - Papel da Gestão
- Categoria 3 - Fragilidade ou Potencialidade: eis a questão!
- Categoria 4 - Sem Recursos: não dá!
  - 4.1 - Falta de Recursos Humanos
  - 4.2 - Falta de envolvimento dos profissionais de saúde.
  - 4.3 - Falta de Recursos financeiros

### 5.2.1 Rede de Atenção (RAS): rede ou linha de cuidado

Verificou-se que, na perspectiva dos Articuladores, a Rede de Atenção é fragmentada em linhas de cuidado (LC), o que pode ser observado em algumas falas destacadas a seguir:

A rede é fragmentada né, ela é dividida entre rede de oncologia, a rede de obesidade e diabetes e a rede de nefrologia (A1).

Eu só respondo pela linha de oncologia (A3).

Não, sou da linha do renal (A4).

Quando os articuladores foram questionados sobre serem responsáveis pela rede, referiram pertencer à uma linha específica, alguns articuladores do M1, por um tempo, tiveram contato com os outros articuladores para poder construir a rede, mas que atualmente não havia mais essa aproximação. Um articulador do M2 comentou que sabia da existência de outras linhas de cuidado da rede, porém não conhecia e não sabia se existia outros articuladores para elas.

Segundo Franco (2012, p.1), “as linhas de cuidado expressam os fluxos assistenciais que devem ser garantidos ao usuário, no sentido de atender às suas necessidades de saúde”, delineando seu itinerário terapêutico pela rede, nos três

níveis de assistência (nível primário, secundário e terciário), incorporando a ideia da integralidade na atenção à saúde.

Com esse contexto, para alcançar a integralidade do cuidado, o serviço de saúde deve ser organizado em rede, garantindo assim o cuidado integral (MALTA; MERHY, 2010; BRASIL, 2013).

Ainda nesse sentido, Ceccim e Ferla (2016) colocam que uma linha de cuidado orientada pela integralidade deve ter seu percurso traçado dentro de uma rede integrada por um sistema único baseada no interesse do usuário.

De acordo com Franco (2012) a linha do cuidado tem a finalidade de facilitar o acesso dos usuários aos serviços que necessita, unificando ações preventivas, curativas, de tratamento e de reabilitação.

Essas linhas podem ser rompidas por algumas condições, como: “ausência de ações de promoção e prevenção á saúde, a deficiência da rede de serviços, a desresponsabilização do cuidador, atitudes de cerceamento ao acesso por parte da operadora e prestador com falta de insumos” e perda de exames (MALTA, 2004, p.3).

A reorganização do processo de trabalho é fundamental para modificar os serviços de saúde, de forma que sua atuação seja centrada no usuário e nas suas necessidades. Mudar o modelo assistencial vigente, médico hegemônico, requer uma transformação das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção de saúde. No modelo vigente prevalece o uso de tecnologias duras (centrada nas máquinas e instrumentos), mas para que o serviço seja voltado para a produção de saúde deve ser pautado nas tecnologias leves (tecnologia das relações) e nas leves-duras (definidas pelo conhecimento técnico) (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003). Segundo Cecílio e Merhy (2003):

Uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores (CECÍLIO; MERHY, 2003, p. 2).

A assistência integral à saúde inicia pela organização do processo de trabalho na atenção básica juntamente a todas as outras ações de assistência, que deve ser multiprofissional com responsabilização do cuidado pela equipe e todos os atores envolvidos nos serviços, integrando fluxos que garantam acesso seguro às

tecnologias necessárias, permitindo o acesso do usuário por qualquer ponto de entrada no sistema (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

A integralidade do cuidado não acontece sem a transversalidade no sistema, onde as especialidades e práticas de saúde andam juntas com a experiência de quem é assistido, possibilitando uma produção de saúde mais corresponsável. Essa integralidade só pode ser obtida em rede (MERHY, 2008).

Para organizar as linhas de cuidado deve-se ter vontade política, recursos materiais e cognitivos associados com a reorganização do processo de trabalho centrado nas necessidades dos usuários, articulando a rede de serviços à saúde de forma que a equipe avalie e atenda o indivíduo plenamente, principalmente nas DCNT que são associadas a vários riscos, mesmo que ainda, em geral, as linhas de cuidado estejam com tema centrado na doença (WIRZBICKI; OLIVEIRA, 2014; FRANCO; MAGALHÃES, 2003).

De acordo com Franco e Merhy (2008, p.1512) “as linhas de cuidado são a expressão material e pragmática do conceito integralidade, pois ela só é pensada enquanto uma prática de cuidado, operando de forma sistêmica e incorporada no processo de trabalho”.

A fragmentação do sistema de saúde continua sendo um grande desafio a ser superado.

### **5.2.2 Papel da Gestão**

Levantou-se a questão do envolvimento da gestão para implantação e o bom funcionamento e desenvolvimento da rede de DCNT. Como citam alguns articuladores:

Eu acho em questão dos gestores, eu acho que falta um comprometimento né, em fazer cumprir essa linha [...], mas se a rede tem o apoio da gestão né, se a gestão acompanhar mais de perto tando junto, apoiando né, eu acho que funcionaria melhor, a gestão tem esse poder de cobranças, financiamento, aprovar capacitações né, os recursos pra que isso funcione [...] acho que estão focado com alguma outra linha, alguma outra necessidade maior do município né (A1).

mas a gestão não quer abraçar [...] provavelmente eles tenham outras prioridades, talvez eles acham que isso não é o que é pra fazer no momento [...] às vezes eles têm coisas mais importantes pra fazer agora (A2).

Nas falas destacadas percebe-se uma indicação sobre os gestores como sendo responsáveis por falhas na rede de atenção.

Todos que são envolvidos direta e indiretamente com o SUS são gestores. Os gestores legalmente constituídos são pessoas ou instituições diretamente responsáveis pelo SUS nas três esferas de governo: municipal, estadual e federal, respectivamente, representados pelo Secretário municipal de saúde, pelo Secretário estadual e pelo Ministro da Saúde. Esses são cargos de confiança que respondem legalmente por todos os procedimentos jurídicos institucionais do SUS, a responsabilidade pela gestão do SUS estende-se aos Prefeitos, Governadores e Presidente da República (GIL; LUIZ; GIL, 2016).

Para a execução das LC depende da determinação e apoio da gestão a fim de garantir o caminhar pela linha, pois os gestores “são responsáveis pelo atendimento ao usuário desde a sua entrada no serviço de saúde” (MALTA; MERHY, 2010, p.595).

De acordo com a Portaria de Consolidação n. 3 de 28 de setembro de 2017, que dispõe sobre a consolidação das normas sobre as Rede de atenção à saúde no SUS e estabelece diretrizes para organizar suas linhas de cuidado (BRASIL, 2017), refere que é de competência do Ministério da Saúde (MS), Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário;

II - garantir o financiamento tripartite para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas, de acordo com suas responsabilidades;

III - promover a formação e a qualificação dos profissionais e dos trabalhadores de saúde de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (p.118).

Condiz com o que os articuladores acreditam que seja de responsabilidade do gestor para o funcionamento adequado das linhas de cuidado na integralidade do atendimento à saúde das pessoas com DCNT. Na Portaria fica explícito que os gestores têm o compromisso de garantir o financiamento, os recursos materiais (equipamentos e insumos), recursos humanos qualificados e capacitados para o cuidado integral, fomentando a formação e qualificação dos trabalhadores da saúde.

Essa mesma Portaria coloca o que compete às Secretarias Municipais no âmbito de planejamento de ações de saúde voltadas para as necessidades de saúde dos indivíduos dos territórios a que pertencem e a organização das linhas de cuidado de modo a garantir o acesso às ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento para a atenção das pessoas com doenças crônicas o que, teoricamente, seria mais fácil depois do processo de municipalização, com a ideia de que estando mais próximo do cidadão as ações de saúde seriam melhor concretizadas (BRASIL, 2017).

Porém, um estudo realizado no interior do Estado de São Paulo mostra que os gestores municipais têm escassa experiência no SUS, alguns municípios apresentam alta rotatividade de gestores e muitos não têm equipe de governo capaz de planejar e implantar políticas de saúde. A maioria dos municípios estudados não tem ou não sabe produzir um Plano Municipal de Saúde para avaliação e prestação de contas de suas atividades, raramente encontra-se um município que utilize algum indicador para conhecer a real necessidade do usuário, para organizar a sua gestão, pelo contrário, “os gestores tem sua atenção voltada para uma demanda inesgotável por consultas com especialistas, cirurgias e procedimentos” (CECÍLIO *et al.*, 2007, p.205).

Assim como pode ser percebido nos municípios que são cenários desse estudo: o gestor do município 1 não é profissional da área de saúde, e em ambas as cidades há grande rotatividade de gestores, o que dificulta dar continuidade aos trabalhos já iniciados. Além da preocupação ser voltada para as altas demandas de exames e cirurgias, como apontado no estudo citado.

Sobre o gestor ter sua atenção voltada a outras prioridades, podemos observar na fala de alguns dos articuladores a seguir:

Acho que estão focado com alguma outra linha, alguma outra necessidade maior do município né, que acabou deixando em stand by as redes de doenças crônicas [...] (A1).

[...] provavelmente eles tenham outras prioridades [...] (A2).

Meu tempo é diferente do Estado, né, o Estado, gestão federal, eu por mim já tinha terminado isso aí há muito tempo, a minha parte eu já fiz faz muito tempo [...] (A4).

Segundo Malta e Merhy (2010), a LC adotada como organizadora do trabalho em saúde presume o vínculo das equipes de saúde com a população do território

em que agem, sendo assim, o trabalho dos profissionais (micropolítica) e dos gestores (macropolítica) se unem e se complementam.

É possível perceber que o fato da gestão não se envolver adequadamente, não cumprir seu papel como está previsto, interrompe todo processo de implantação de qualquer linha de cuidado e dificulta o caminhar do usuário pela rede de saúde. Contudo, o ato de cuidar, implica ações de responsabilização, tanto de gestores públicos como da equipe de saúde e dos próprios articuladores.

### 5.2.3 Fragilidade ou potencialidade: eis a questão!

Foram apontadas nesta categoria, as fragilidades e as potencialidades que existem na RAS de doenças crônicas não transmissíveis, sob a ótica dos articuladores dos municípios investigados. A AB foi mencionada como maior ponto de fragilidade dentro da rede, mas outros aspectos também foram pontuados. Alguns relatos foram destacados:

Acho que hoje ela é falha [...] a estratégia maior seria o funcionamento [...] que eu acho pouco falho que é na atenção básica né (A1).

A fragilidade maior eu acho que tá na atenção básica (A2).

Eu acho que ainda falta uma conversa maior com atenção básica... eu acho que essa é uma fragilidade que a gente ainda tem... o potencial eu acho que os atendimentos são feitos rapidamente [...] (A3).

Fragilidade é na questão do acesso, não tem o acesso no tempo certo... se você tivesse a rede básica integrada realmente com o serviço nosso de ambulatório de nível secundário [...] Acho que a potencialidade existe só no papel, como tudo no SUS [...] (A4).

A Atenção Básica é a *porta de entrada* e de comunicação das RAS, coordenando o cuidado e ordenando as ações e serviços de saúde de forma gratuita e integral para todas as pessoas, conforme suas necessidades e demandas do território, sem exclusão de qualquer tipo, seguindo os princípios do SUS (universalidade, equidade e integralidade) (BRASIL, 2017).

É considerada além de *porta de entrada*, mas também como o primeiro nível de contato da população com o sistema, sendo responsável pelo fluxo dos usuários entre os serviços de saúde, buscando a maior garantia possível, da equidade ao acesso no anseio de responder às necessidades da população (CECÍLIO *et al.*, 2012).

Porém, a rede básica de saúde não está conseguindo ser essa principal porta de entrada, que continuam sendo os serviços de urgência e emergência dos hospitais e as unidades de pronto-atendimento, que sempre estão lotados (CECÍLIO, 1997).

A AB foi citada pelos articuladores, conforme as falas descritas anteriormente, como uma fragilidade no funcionamento da RAS no sistema de saúde, já que esperam que ela seja o contato inicial e apoio para os outros níveis de atenção, garantindo a integralidade do cuidado da população atendida. Essas afirmações correspondem com os achados da literatura, que colocam a AB como sendo prioritária para o acesso aos usuários do SUS e na coordenação e operacionalização das redes temáticas.

A resolutividade da atenção básica está ligada aos conhecimentos técnicos dos profissionais, aos procedimentos, mas também ao vínculo estabelecido com o usuário. Além de organizar a linha de cuidado nos fluxos assistenciais, a rede básica deve gerenciar o projeto terapêutico, garantindo acesso aos outros níveis de assistência, com o sistema de contrarreferência (FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Para isso, há uma necessidade maior de investimentos nesse nível de atenção, para que ela possa ampliar sua capacidade e garantir perante os usuários que seja um centro de comunicação efetivo com os demais serviços de saúde, além do desafio de reorganizar os processos de trabalho centrados no ato prescritivo e na produção de procedimentos (CECÍLIO *et al.*, 2012; MARINHO *et al.*, 2013).

Sobre as potencialidades da rede, quando os articuladores foram entrevistados, citaram sobre rapidez no atendimento em uma das LC, a Portaria em si estando implantada e empenho dos profissionais, como demonstrado a seguir:

Na linha de cuidado põe isso né, os exames que são necessários para a rotina, pacientes que já tem doenças crônicas que têm que passar frequentemente com o médico, tá instituído isso dentro da linha, então você consegue acompanhar melhor esse paciente [...] (A1).

Bom, tem o esforço dos profissionais [...] tem profissional que veste a camisa e nem que for pra ele nadar sozinho ele nada sozinho (A2).

[...] o potencial e acho que os atendimentos são feitos rapidamente [...] (A3).

Se você for pegar a Portaria, ela é uma portaria muito bem feita, ela prevê periodicidade do acompanhamento, prevê os exames laboratoriais que você tem que pedir, você tem metas, indicadores, entendeu, que você tem que cumprir [...] a potencialidade é que se funcionar como tá prevendo, como tá previsto, o potencial tá todo aí, entendeu, não tem o que discutir (A4).

Os articuladores relatam que a potencialidade no funcionamento da rede de atenção à saúde no caso da DCNT está na própria Portaria, pois podemos verificar que ela realmente contempla todo acesso dos usuários a todos os serviços de saúde, em tempo oportuno, em uma forma integral de atendimento. Ela institui a mudança do modelo de atenção à saúde por meio da qualificação integral às pessoas com DCNT.

E para a linha de cuidado seguir conforme é proposto nas Portarias, deve haver um pacto entre os atores que controlam os serviços e recursos assistenciais, compreender que o usuário é o elemento estruturante do processo de produção da saúde, e que ele poderá acessar essa linha em qualquer nível de atenção, e então o trabalho deve ser integrado e não partilhado, que o processo de trabalho também influencia na operacionalização das linhas de cuidado, garantindo assim o acesso rápido e integral, correspondendo a real necessidade do usuário ou da população assistida no território de implantação da LC (FRANCO; FRANCO, 2012; FRANCO; MAGALHÃES JR, 2003).

Contudo, como já visto anteriormente, a atenção básica não concentra condições suficientes para exercer esse papel de ordenadora, coordenadora do cuidado e dos fluxos dos usuários entre os vários serviços de saúde.

#### **5.2.4 Sem Recursos: não dá!**

Em vários momentos nas entrevistas, os articuladores referiram que a falta de recursos impede o funcionamento e a implantação da rede de atenção à saúde, que são fragilidades marcantes, tanto no que diz respeito à escassez de recursos humanos, como financeira e também de envolvimento de algumas categorias de profissionais de saúde. Em cada subitem a seguir, estão destacadas as falas pertinentes às três faltas de recursos por eles identificadas:

##### **5.2.4.1 Falta de Recursos Humanos**

É eu acho que hoje para ela funcionar ela teria que ter uma estrutura de profissionais direcionados a isso né [...] porque eu acho que existe a falta dos recursos humanos, a falta dos profissionais (A1).

E assim, falta médico, falta profissional, falta nutricionista, falta tudo, então não dá pra fazer (A2).

Porque você veja, é totalmente insuficiente, eu não consigo acompanhar todo mundo aqui, porque eu só tenho um dia por semana pra fazer todo ambulatório [...] se eu conseguisse fazer todos os dias só isso, daria conta da demanda, entendeu, é que eu sou dividido, eu venho um dia só aqui e os quatros dias sou clínico, clinico geral normal da rede de saúde (A4).

Foi praticamente unânime entre os articuladores entrevistados a posição que se refere aos recursos humanos serem insuficientes para atendimento da demanda no SUS. Com isso, retarda a implantação das LC e conseqüentemente inibe o funcionamento da RAS. Mas essa situação é comum no SUS visto que a quantidade de profissionais é reduzida.

Esse apontamento vai ao encontro com o que Mendes e Bittar (2014) relatam: haver muitas deficiências na qualidade de atendimento da atenção primária à saúde, que envolve desde problemas estruturais das unidades, ineficiência na realização dos serviços de saúde sem priorizar a implantação de linhas de cuidado e déficits de recursos humanos como, por exemplo, a dificuldade na contratação de profissionais médicos em municípios pequenos ou afastados das capitais.

Para o atendimento das doenças crônicas não transmissíveis há necessidade de uma atenção multiprofissional, a equipe deve ter a união de profissionais que atendam a uma determinada população, e que se reúna e discuta os problemas dessa população ou indivíduos que dela fazem parte. Para se obter sucesso, a atenção básica precisa ter essa equipe multiprofissional qualificada e com uma visão integral dos principais problemas que afetam a saúde da população que assistem (BRASIL, 2013).

Mendes e Bittar (2014) também comentam que a permanência dos profissionais médicos na atenção básica ainda é muito complexa, apontam a insegurança e a impossibilidade de aperfeiçoamento como inibidores, além da precariedade do contrato de trabalho de todos os profissionais de saúde e a incompatibilidade de salários.

Em relação aos recursos humanos é referido na Portaria de Consolidação nº3 de 28 de setembro de 2017, como sendo essencial para implantação e funcionamento da rede de doenças crônicas:

Art. 6º I - garantir que todos os estabelecimentos de saúde que prestam atendimento às pessoas com doenças crônicas possuam infraestrutura e tecnologias adequadas, recursos humanos capacitados e qualificados, recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes, de maneira a garantir o cuidado necessário (BRASIL, 2017, p.3).

De acordo com Kemper, Mendonça e Souza (2016) uma das barreiras para o acesso universal da saúde é a escassez de profissionais de saúde com perfil adequado para o cuidado integral, número insuficiente de profissionais e a má distribuição, havendo necessidade de medidas que consolidem as competências e distribuição igualitária dos profissionais dentre os serviços de saúde. O Programa Mais Médicos foi lançado no Brasil em 2013, na tentativa de fortalecer a atenção primária à saúde e contribuir para a permanência de equipes completas em locais com restrições de acesso.

Para o cuidado integral nas ações de saúde é necessário possuir uma equipe multidisciplinar, as unidades de saúde deveriam ter “equipes com médicos de várias especialidades, enfermeiros, dentistas, auxiliares de enfermagem e pessoal de apoio técnico” (nutricionistas, psicólogos entre outros), porém em grandes centros o “número elevado de habitantes é um obstáculo aos serviços de saúde”, uma vez que o número de profissionais não é suficiente para atender devidamente à população (MANCUSO *et al.*, 2012, p.3290).

A equipe matricial faz parte das ações que qualificam a AB, permitindo que mais profissionais passem a integrar a atenção básica através de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que fazem apoio matricial às Equipes de Saúde da Família (ESF). O matriciamento é uma proposta que integra ações de saúde nos diferentes de níveis de atenção, oferecendo apoio técnico e assistencial as equipes de saúde (BORELLI *et al.*, 2015). Sobre matriciamento alguns articuladores comentaram:

[...] porque as vezes são encaminhados pacientes que no momento não teriam necessidade daquele serviço, pode ser tratado na atenção básica, então quer dizer que tá tirando a vaga do outro, tem que ter sequência de protocolo, tem que ter orientações, tem que ter matriciamento, então é bem difícil implantar [...] (A1).

[...] a gente tem conversado no sentido de começar algumas capacitações com o pessoal da atenção básica, então, conversar com as enfermeiras, né, com os médicos da atenção básica, pra começar a melhorar essa questão de diagnóstico precoce, e também a prevenção, né, então são conversas que a gente tá pensando já [...] (A3).

Então, nós fizemos, nós do nosso grupo, agora falando grupo de profissionais médicos nefrologistas que se interessou pelo projeto, né, muitos no Brasil estão nessa etapa de implantação, e aí, o que acontece, nós já fizemos toda a capacitação da rede básica e todas as unidades ficarão sob a nossa responsabilidade [...] (A4).

Conforme o autor referido, o matriciamento oferece apoio técnico e assistencial, então, além das capacitações como citam os articuladores, deve haver uma interação das equipes de apoio com as equipes de atenção básica, posteriormente a essas capacitações, para manter o vínculo das equipes a fim de obter maior resolubilidade nas ações de saúde com os usuários.

#### **5.2.4.2 Falta de envolvimento dos profissionais de saúde**

Essa questão foi pontuada em uma entrevista como um aspecto negativo para o bom desenvolvimento do trabalho em saúde, a princípio uma categoria profissional teve mais destaque, como mostram as falas a seguir:

Ah, o médico não quer se responsabilizar pelo que tá acontecendo né, [...] (A2).

tem muito profissional que num é né, muito assim, não leva muito a sério seu serviço (A2).

Para Cecílio (1997), muitos casos poderiam ser tratados na AB, porém muitos médicos encaminham para os especialistas no movimento de libertarem-se desses pacientes, criando uma demanda desnecessária de consultas com especialistas, o que vai ao encontro das falas citadas.

Para implementação do SUS as relações estabelecidas entre profissionais de saúde e usuários são essenciais para reorganização dos serviços de saúde. Se essa relação se consolidar, impactos positivos poderão ser percebidos, gradativamente, tanto para os usuários como trabalhadores (LIMA *et al.*, 2014).

A maneira como o usuário é recebido e acolhido, mesmo em serviços em que o acolhimento é instituído, gera dificuldade de acesso nos cenários de atenção à saúde e percebe-se que a organização das equipes de saúde ainda não prioriza a necessidade dos usuários e, portanto, não atende ao princípio da integralidade. Para esse atendimento ser integral, o profissional precisa compreender o sofrimento do usuário implícito nas suas ações e palavras, com um atendimento singularizado para cada caso e não fragmentado. A concretização do SUS depende, além das leis que o consolidam, também das relações existentes entre usuários e profissionais de saúde (SCHIMITT *et al.*, 2012).

O paciente com DCNT necessita de cuidado constantes, devido a mudança no seu estilo de vida (cuidados com alimentação, atividade física, ingestão de

medicamentos corretamente), esperam no momento da consulta espaço para o diálogo que muitas vezes não se concretiza, repercutindo negativamente no tratamento. Adesão ao tratamento é fundamental para o controle da doença crônica. Apenas com profissionais e usuários corresponsáveis é possível apostar na efetivação dos princípios do SUS, (universalidade do acesso, a integralidade do cuidado e a equidade das ofertas em saúde). Porém esse diálogo entre profissional e usuário é difícil por ser permeado por bloqueios culturais, desentendimentos e desigualdades de poder. Há necessidade de reestruturar a conduta e qualificação profissional, utilizando o empoderamento na sua prática de saúde, afim de melhorar a assistência ao doente crônico (TADDEO *et al.*, 2012).

De acordo com Campos (2003, p. 9) citado por Ceccim e Feuerwerker (2004, p.43), o trabalho das equipes e das organizações de saúde “deve apoiar os usuários para que ampliem sua capacidade de pensar em um contexto social e cultural, isto poderia ser realizado tanto durante as práticas clínicas quanto as de saúde coletiva”. Evidenciando um modelo de atenção que reforçasse a educação em saúde, objetivando com isso ampliar a autonomia e a capacidade de intervenção das pessoas sobre suas próprias vidas.

Ceccim e Feuerwerker (2004, p.43) colocam que “a formação para a área de saúde deveria ter como foco a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho”, buscando desenvolver condições de atendimento às necessidades de saúde das populações e indivíduos. Para isso implicaria uma articulação entre o sistema de saúde e as instituições formadoras. A formação no modelo vigente tem “como referência a busca eficiente de evidências para o diagnóstico, cuidado, tratamento, prognóstico, etiologia e profilaxia das doenças e agravos”.

Os profissionais não se sentem valorizados e apoiados vivenciando ainda um verticalismo e descaso, o que implica no desencantamento pelas suas ações no ato de cuidar. A educação permanente poderia ser uma estratégia para minimizar esse sentimento de desvalorização.

A valorização dos profissionais juntamente com a estruturação e organização dos serviços de saúde é uma dificuldade encontrada para o fortalecimento do SUS. A educação permanente (EP) está relacionada com os princípios do SUS na ressignificação do processo de trabalho, porém alguns gestores não consideram

favorável ou não reconhecem a EP como estratégia para melhoria dos serviços de saúde (SILVA *et al*, 2017).

#### 5.2.4.3 Falta de Recursos financeiros

Sobre esse recurso, os articuladores concordam que é essencial para a implantação da RAS, o financiamento e a gestão adequada, conforme citado por eles:

A gestão tem esse poder de cobranças, de financiamento, de aprovar as capacitações né, os recursos pra que isso funcione (A1).

Recurso, se tivesse recurso pra trabalhar, assim um projeto tipo um ambulatório de diabete, de hipertensão, porque geralmente as doenças renais começam a partir daí, né, [...] (A2).

[...] porque falta, pega no recurso [...], questão de financiamento né, tudo isso vai dinheiro, custo [...] quando você tá lidando com dinheiro, financiamento de dinheiro público que é novo que não é o que tá previsto, a gente vai ter dificuldade (A4).

A responsabilização do gerenciamento dos recursos financeiros está cada vez mais centrada na municipalização, nas secretarias municipais de saúde (COUTTOLENC; ZUCCHI, 1998).

A descentralização preconizada na criação do SUS promoveu maior participação dos municípios nas decisões de saúde local, gerando maior responsabilidade e autonomia desses nos atendimentos da atenção básica (SILVA, 2017).

Pela Constituição Federal de 1988 as três esferas do governo (federal, estadual e municipal) são responsáveis pelo financiamento do SUS, custeando as ações e serviços públicos de saúde. A Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012, atribui aos municípios e Distrito Federal uma aplicação anual de no mínimo 15% da arrecadação dos impostos em ações e serviços públicos de saúde, cabendo aos estados um percentual de 12% (BRASIL, 2012).

De acordo com MARQUES *et al*:

O financiamento do SUS está sob a responsabilidade das três esferas de governo (federal, estadual e municipal), o nível federal através do Ministério da Saúde (MS), coordena, em âmbito nacional o SUS e todas suas ações, como registro e controle de qualidade dos serviços de saúde, coordenação

nacional dos sistemas de vigilância sanitária e epidemiológica, de informação, controle, auditoria e avaliação do sistema de saúde (MARQUES *et al*, 2016, p.104-105).

No nível estadual, o financiamento fica com a responsabilidade pela cooperação técnica e financeira aos municípios e na provisão de serviços de média e alta complexidade e o nível municipal é o principal responsável pelas ações de serviços em saúde na atenção básica (MARQUES, 2016).

O financiamento insuficiente e a desigualdade dos recursos financeiros e humanos entre a AB e a atenção especializada agregam-se à oferta indiscriminada das ações e serviços de saúde. Para organizar as RAS pela Atenção Básica, os recursos financeiros devem ser planejados e ordenados a partir das necessidades de saúde da população (CHUEIRI; HARZHEIM; TAKEDA, 2017).

Os repasses vêm se revelando insuficientes para a implantação das RAS, e com isso tem sobrecarregado estados e municípios, tanto pela falta de repasses a serviços já instituídos, como por falta de reajuste dos valores (MOREIRA; FERRÉ; ANDRADE, 2017).

E com a promulgação, pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, da Emenda Constitucional n. 95/16 que congela os gastos públicos por 20 anos para pagar dívida pública, os serviços de saúde ficam mais comprometidos, pois os gastos federais só podem ser aumentados de acordo com a inflação acumulada pelo Índice Nacional de Preços ao Consumidor Amplo (IPCA). Com isso, os repasses aos municípios tornam-se menores ou inexistentes, não há criação de novos cargos, os salários do funcionalismo público permanecem congelados e não há realização de concursos públicos, impedindo a reposição e contratação de mais profissionais (BRASIL, 2016).

A insuficiência do financiamento público com eficiência baixa dos recursos empregados, dificulta a organização e gestão do SUS, segmentando as ações e serviços de saúde e reduzindo cada vez mais a capacidade do sistema em fomentar a integralidade do cuidado (BRASIL, 2017).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao analisar a Rede de Atenção à Saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em ambos os municípios, sob a perspectiva de seus articuladores, como proposto no objetivo da pesquisa, pode-se observar que para eles a rede é fragmentada e que as linhas de cuidado não articulam a comunicação entre os níveis de atenção, e com isso as ações de saúde como proteção, recuperação e reabilitação ficam em déficit com a melhoria do atendimento aos usuários e não facilitam o processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Recursos financeiros e recursos humanos são considerados deficientes nos municípios estudados para o atendimento da demanda nos três níveis de atenção, afetando a qualidade dos serviços de saúde.

A implantação da rede ainda não está concluída, segundo articuladores, devido a deficiência desses dois recursos (financeiros e humanos), com ênfase no financeiro, pois os repasses quase nunca são suficientes e bem geridos e os gestores não enfatizam a implantação dessa RAS. O que se observou durante a realização desse trabalho, é que quando há o financiamento pelo Ministério da Saúde com o prazo a ser cumprido para determinada linha de cuidado, esta passa a ser prioridade tanto para o DRS, quanto para o município e, então, há uma mobilização para que seja criado e estabelecido o fluxo de atendimento.

A AB é alvo das críticas em relação a articulação com os outros níveis de atenção e deficiência no atendimento, o que pode ser explicado pelos poucos investimentos na rede básica, déficit de recursos humanos, falta de apoio e incentivo aos profissionais de saúde no desenvolvimento de estratégias para educação permanente, que pautam suas ações no ato prescritivo de atendimento, necessitando de reorganização dos processos de trabalho com criação de vínculo, emancipação do usuário e vontade/desejo, dos profissionais, articuladores, gestores e dos próprios usuários, em fazer com que o SUS realmente funcione da forma que é previsto em lei.

Esse trabalho permitiu averiguar o panorama da RAS de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis nos dois maiores municípios do DRS III - SP, suas fragilidades, algumas potencialidades e mostrar que, segundo seus articuladores, é necessário haver interesse por parte dos gestores e apoio dos

profissionais, para construir uma gestão compartilhada, para ocorrer a implantação e, conseqüentemente, um bom funcionamento da RAS, o que proporcionaria qualidade dos serviços e para a qualidade de vida de ambos.

Esse estudo também propiciou mudanças valorização e satisfação aos usuários e aos profissionais, com melhorias na no processo de trabalho da pesquisadora ampliando a relação com os colegas e a gestão, facilitando mais as relações interpessoais, a comunicação e a educação em saúde.

Mais estudos podem ser realizados, sob a ótica de outros atores como, por exemplo, outros trabalhadores da saúde, usuários e/ou gestores, a fim de ampliar e adquirir mais conhecimentos e resultados para o aperfeiçoamento da rede de atenção à saúde de pessoas com DCNT.

## REFERÊNCIAS

ABESO. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2009/10**. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 3.ed., São Paulo, 2009.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes Brasileiras de Obesidade 2016**. Associação Brasileira para Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica, 4.ed., São Paulo, 2016.

ARARAQUARA. **Prefeitura Municipal de Araraquara**. Disponível em: <<http://www.araraquara.sp.gov.br/governo/secretaria-municipal-de-saude>> Acesso em: 15 fev. 2018.

BASTOS, M.G.; BREGMAN, R.; KIRSTZTAJN, G.M. Doença Renal Crônica: frequente e grave, mas também prevenível e tratável. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n.2, p.248-53, 2010.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Portaria n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE / SUS - NOAS-SUS 01/02**. Disponível em: <[https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373\\_27\\_02\\_2002.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt0373_27_02_2002.html)> Acesso em: 10 nov. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Saúde**. Disponível em:<<http://www.brasil.gov.br/saude/2015/07/diabetes-atinge-9-milhoes-de-brasileiros>> Acesso em: 14 fev. 2018.

BRASIL. Câmara dos Deputados. Emenda Constitucional n. 95/16. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, 15 de dezembro de 2016, p.2, seção 1.

\_\_\_\_\_. Secretaria Executiva. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília, dezembro de 2000. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus\\_principios.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_principios.pdf). Acesso em: 12 nov. 2017.

\_\_\_\_\_. Portaria n.362, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 - consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. **Diário Oficial da União (DOU)**. Brasília, 23 de fevereiro de 2006, p.43, seção 1.

\_\_\_\_\_. Portaria de Consolidação n.3, de 28 de setembro de 2017. Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 28 de setembro de 2017, p. 264, seção 1.

\_\_\_\_\_. **Resolução** nº 1, de 29 de setembro de 2011. Estabelece diretrizes gerais para instituição de Regiões de Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nos termos do Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Regulamenta o § 3º do art. 198 da Constituição Federal para dispor sobre os valores mínimos a serem

aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde; estabelece os critérios de rateio dos recursos de transferências para a saúde e as normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas com saúde nas 3 (três) esferas de governo; revoga dispositivos das Leis nºs 8.080, de 19 de setembro de 1990, e 8.689, de 27 de julho de 1993; e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 16 de janeiro de 2012.

BORELLI, M.; MARTINS, S.; DOMENE, A.; MAIS, L.A.; PAVAN, J.; AGUIAS, J.A.; TADDEI, C. A inserção do nutricionista na Atenção Básica: uma proposta para o matriciamento da atenção nutricional. **Ciênc. saúde colet.**, v. 20, n. 9, set. 2015.

\_\_\_\_\_. **Curso de auto aprendizado:** redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde. Brasília, 2012. Disponível em:

<[https://redehumanizaus.net/sites/default/files/ras\\_curso\\_completo\\_1](https://redehumanizaus.net/sites/default/files/ras_curso_completo_1)> Acesso em: 30 jan. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. **Implantação das redes de atenção à saúde e outras estratégias da SAS**. Brasília, 2014. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao\\_redes\\_atencao\\_saude\\_sas.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf)> Acesso em: 13 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, DF, 2013.

\_\_\_\_\_. Portaria nº 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial da União**, Brasília, 22 de setembro de 2017, Seção 1, p. 68.

CAMPOS, G.W.S. Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. In: GIL, C.R.R.; LUIZ, I.C.; GIL, M.C.R. **Gestão pública em saúde: o processo de trabalho na gestão do SUS**. Unidade II, São Luís: EDUFMA, 2016.

CAMPOS, G.W.S. Paidéia e modelo de atenção: um ensaio sobre a reformulação do modo de produzir saúde. **Olho Mágico**, v. 10, n. 2, p. 7-14, abr./jun. 2003.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.C.M. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. **PHYSIS: Rev. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 14(1), p. 41- 65, 2004.

CECCIM, R.B.; FERLA, A.A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC IMS UERJ/ ABRASCO; 2006, p. 165-184.

CECÍLIO, L.C.O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul-set, 1997.

\_\_\_\_\_. *et al.* O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. **RECIIS – R. Eletr. de Com. Inf. Inov. Saúde**. Rio de Janeiro, v.1, n.2, p.200-207, jul./dez., 2007.

\_\_\_\_\_. A Atenção Básica à Saúde e a construção das redes temáticas de saúde: qual pode ser o seu papel? **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n.11, p.2893-2902, 2012.

CECÍLIO, L.C.O.; MERHY, E.E. **A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar**, Campinas (SP), 2003 (mimeo).

CESTARI, V.R.F. *et al.* Tecnologias do cuidado utilizadas pela enfermagem na assistência ao paciente politraumatizado: revisão integrativa. **Cogitare enferm.**, v.20, p. 70-710, out/dez 2015.

CHUEIRI, P.S.; HARZHEIM.,E.; GAUCHE, H.; VASCONCELOS, L.L.C. Pessoas com doenças crônicas, as redes de atenção e a Atenção Primária à Saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, n.52, p.114-124, out. 2014.

CHUEIRI, P.S.; HARZHEIM, E.; TAKEDA, S.M.P. Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. **Rev. Bras. Med. Fam. Comunidade**. Rio de Janeiro, n. 12, v. 39, p. 1-18, jan-dez 2017.

CONDE, M.B. As doenças respiratórias e a Atenção Primária à Saúde. **Rev. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v.3, n.2, 2015.

COSTA, I.K.F.; UCHOA, S.A.C.; COSTA, I.K.F; DANTAS, R.A.N Os sentidos da integralidade da assistência à saúde: uma revisão da literatura. **Rev. Cient. Intern.**, ano 3, n.12, março/abril, 2010.

COUOTOLENC, B.F.; ZUCCHI, P. **Gestão de recursos financeiros**. São Paulo: Editora Fundação Petrópolis, 1998.

DALFOVO, M.S.; LANA, R. A.; SILVEIRA, A. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Rev. Interdiscipl. Científ. Aplic.**, Blumenau, v.2, n.4, p.01-13, Sem II. 2008, ISSN 1980-7031.

DAWALIBI, N.W.; ANACLETO, G. M. C.; WITTER, C.; GOULART, AQUINO, R. M. M. R. de C. de. Envelhecimento e qualidade de vida: análise da produção científica da SciELO. **Estud. Psicol. Campinas**, v.30, n.3, p. 393-403, jul./set., 2013.

DOMINGOS, C.M.; NUNES, E.F.P.A.; CARVALHO, B.G.; MENDONÇA, F.F. A legislação da atenção básica do Sistema Único de Saúde: uma análise documental. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.32, mar.2016.

DORICI, G.C.; LORENZI, C.G.; PEREIRA, M.J.B. O programa articuladores da atenção básica: uma proposta inovadora para qualificação da Atenção Básica. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 6, p. 2073-20182, 2017.

FERTONANI, H.P.; PIRES, D.E.de; BIFF, D.; SCHERER, M.D. dos A. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.20, n. 6, p.1869-1878, jun. 2015.

FIGUEIREDO, A.C.D.S.; FERREIRA, R.N.F.; DUARTE, M.A.G.; COELHO, A.F. Prevalência da obesidade em mulheres tratadas de câncer de mama numa UNACOM em Juiz de Fora. **Rev. Bras. Mastologia**, v.26, n.4, p.169-174, 2016.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde, 2012. Disponível em: [http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo\\_a\\_passo\\_linha\\_de\\_cuidado.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/humanizacao/homepage/acesso-rapido/formacao-tecnica-em-acolhimento-na-atencao-basica/passo_a_passo_linha_de_cuidado.pdf). Acesso em: 26 fev. 2018.

FRANCO, T.B. MAGALHÃES JUNIOR, H.M.; Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E.E. *et al.* (orgs) **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano, São Paulo: HUCITEC, 2003, p. 25-34.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Cienc. Saúde Colet.**, v.13, n.5, p. 1511-1520, 2008.

GIL, C.R.R.; LUIZ, I.C.; GIL, M.C.R. **Gestão pública em saúde**: o processo de Trabalho na gestão do SUS. Unidade II, São Luís: EDUFMA, 2016.

GODOY, A.S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Rev. Admin. Empresas**. FGV. v.35, n.3, p.20-29. São Paulo, mai./jun. 1995.

GOMES, R.M. Redes de Atenção à Saúde do SUS: 25 anos de uma contradição fundamental entre a organização necessária e a organização atual. **Saúde em Debate**, v.38, n. 103, p. 938-952, out./dez. 2014.

GONÇALVES, R. B. M. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

IBGE. Diretoria de Pesquisas, Coordenação de População e Indicadores Sociais. **Estimativas da população residente com data de referência 1º de julho de 2017**. Disponível em:< <https://cidades.ibge.gov.br> >. Acesso em: 16 nov. 2017.

JORGE, A.O.; MALTA, D.C.; CECÍLIO, L.C.; ACIOLE, G.G.; MENESES, C.S.; COSTA, M.A.; FRANCO, T.B.; IRIART, C.B. Duas faces da mesma moeda. Microrregulação e modelos assistenciais na saúde suplementar. Série A. **Normas e Manuais Técnicos Regulação e Saúde 4**, Rio de Janeiro-RJ, 2005.

KEMPER, E.S.; MENDONÇA, A.V.M.; SOUSA, M.F. Programa Mais Médicos: panorama da produção científica. **Ciênc. Saúde Colet.**, 21(9), p. 2785-2796, 2016.

LIMA, C.A. Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. **Rev. Bioética**, v. 22, n. 1, p.152-160, 2014.

LIMA, R.F.; VIAN, E.M.S.; ESPESCHIT, A.C.R.; CARDOSO, L.M. Impacto da intervenção nutricional sobre o prognóstico clínico de paciente com risco de doenças cardiovasculares. **Anais VIII SIMPAC**, v.8, n. 1, Viçosa-MG, jan./dez. 2016, p. 494-500.

MACHADO, M.L.T. **História da saúde em São Carlos**. São Carlos: EdUFSCar; São Paulo: Imprensa Oficial do Estado de São Paulo, 2007.

MAFISSONI, A.L.; VENDRUSCULO, C.; METESLKI, F.C. Redes de atenção à saúde: movimentos do ensino e serviço rumo à efetivação do modelo assistencial. **Ensaio e Ciência: ciências biológicas, agrárias e da saúde**, v.21, n.2, p.110-116, 2017.

MALACHIAS, M.V.B. 7ª Diretriz brasileira de hipertensão arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n.3, p. 1-83, 2016. Supl. 3.

MALTA, D.C. Modelos assistenciais na saúde suplementar: o desafio na construção de práticas cuidadoras. In: MONTONE, J; WERNECK. C (orgs.). **Documentos técnicos de apoio ao Fórum de Saúde Suplementar de 2003**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Agência Nacional de Saúde Suplementar, 2004, p. 7-51.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E. O percurso da linha de cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface – Comunic. Saúde Educ.**, v.14, n.34, p.593 - 605, 2010.

MALTA, D.C.; SILVA JR, J.B. O plano de ações estratégicas para o Enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 22, n. 1, p.151-164, jan./mar. 2013.

MANCUSO, A.M.C; TONACIO, L.V.; SILVA, E.R.; VIEIRA, V.L. A atuação do nutricionista na Atenção Básica à Saúde em um grande centro urbano. **Ciênc. Saúde Colet.**, 17(12), p.3289-3300, 2012.

MARINHO, C.C.C.; CONCEIÇÃO, C.S.; SANTOS, M.L.M.F.; CARVALHO, S.M.C.; MENEZES, T.M.O.; GUIMARÃES, E.P. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. **Rev. Baiana Saúde Pública**, v. 35, n.3, p. 619-633, jul./set. 2011.

MARQUES, R.M.; PIOLA, S.F.; ROA, A.C. **Sistema de Saúde no Brasil: organização e financiamento**. ed. Rio de Janeiro, RJ: Ministério da Saúde (MS), Associação Brasileira de Economia da Saúde (ABrES), Organização Pan-Americana da Saúde/ Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) no Brasil. p. 169-204, 2016.

MENDES, E.V. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. Saúde Colet.**, v.15, p.2297-2305, 2010.

MENDES, E.V. **As redes de atenção à saúde**. Brasília. DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes\\_de\\_atencao\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/redes_de_atencao_saude.pdf). Acesso em: 10 jul. 2016.

MENDES, E.V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. OPAS, Brasília –DF, 2012.

MENDES, J.D.V.; BITTAR, O.J.N. Perspectivas e desafios da gestão pública no SUS. **Rev. Fac. Ciênc. Med. Sorocaba**, v.16, n.1, p.35-39, 2014.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. **Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves**. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. Campinas, 2003.

MINAYO, M.C. de S.; DESLANDES, S. F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento**. 12.ed. São Paulo: HUCITEC, 2010.

MOREIRA, L.M.C; FERRÉ, F.; ANDRADE, E.I.G. Financiamento, descentralização e regionalização: transferências federais e as redes de atenção em Minas Gerais, Brasil. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 22, n. 4, p.1245-1256, 2017.

OLIVEIRA, D.C. Análise de conteúdo temático-categorial: uma proposta de sistematização. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 16, n. 4, p.569-576, out./dez. 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Doenças crônicas não transmissíveis são a maior causa de morte do mundo**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/09/doencas-cronicas-nao-transmissiveis-sao-a-maior-causa-de-morte-no-mundo-diz-oms>>. Acesso em: 15 fev. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf). Acesso em: 17 fev. 2016.

PALOSCHI, M. **Rede de atenção à saúde das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis em dois municípios da Região 29/RS**. 2016. 50p. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário Univates, Lajeado, Rio Grande do Sul.

PAULA, S.H.B.de; VOLOCHKO, A.; FIGUEIREDO, R.; Linha de cuidado de câncer de mama e de colo de útero: um estudo sobre referência e contrarreferência em cinco regiões de saúde de São Paulo, Brasil. **Boletim do Instituto de Saúde**, v.17, p. 146-166, dez. 2016.

ROLIM, L.B.; BARRETO, R. S.; CRUZ, 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.

SÃO CARLOS. **Prefeitura Municipal de São Carlos**. Disponível em: <[www.saocarlos.sp.gov.br](http://www.saocarlos.sp.gov.br)>. Acesso em: 15 fev. 2018.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Saúde. **Departamentos Regionais de Saúde**. Disponível em: <<http://www.al.sp.gov.br/repositorio/legislacao/decreto/2006/decreto-51433-28.12.2006.html>> Acesso em: 14 fev. 2016.

\_\_\_\_\_. Governo do Estado de São Paulo. **Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo**. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/ses/perfil/gestor/atencao-basica/programa-articuladores-de-atencao-basica/articuladores-da-atencao-basica>. Acesso em: 02 fev. 2018.

SCHIMIDT, M.D.; SIMON, B.S.; BRETAS, A.C.P.; BUDÓ, M.L.D. Relações entre profissionais de saúde e usuários durante as práticas em saúde. **Rev. Trab. Educ. Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 3, p. 479-503, nov.2011/fev.2012.

SILVA, I.B. Desafios do financiamento da atenção primária à saúde: revisão integrativa. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, v. 30 n.1, p.110-117, jan./mar. 2017.

SILVA, L.A.A; SODER, R.M.; PETRY, L.; OLIVEIRA, I.C. Educação Permanente em saúde na atenção básica: percepção dos gestores municipais de saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38 n.1, p. 1-8, 2017.

SIQUEIRA, A.S.E.; SIQUEIRA-FILHO, A. G. de, LAND, M. G. P. Análise do impacto econômico das doenças cardiovasculares nos últimos cinco anos no Brasil. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 109, n. 1, p.39-46, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. 7ª Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo, v. 107, n.3, p. 1-103, 2016a. Supl. 3.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: A.C. Farmacêutica, 2016b.

\_\_\_\_\_. **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018**. In: OLIVEIRA, J.E.P. de; MONTENEGRO JÚNIOR, R.M.; VENCIO, S. (Org.). São Paulo: Ed. Clannad, 2017.

SORATTO, J.; PIRES, D.E.P.; DORNELLES, S.; LORENZETTI, J. Estratégia saúde da família: uma inovação tecnológica em saúde. **Texto & Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 24, n. 1, p. 584-92, 2015.

SOUZA-SILVA, J.C; MARTINS, C.A.; BARBOSA, M.A. Rede de atenção à saúde: Percepção de usuárias do Sistema Único de Saúde. **Rev. Bras. Promoç. Saúde**, Fortaleza, 29 (Supl): 44-50, dez., 2016.

TADDEO, P.S. *et al.* Acesso, prática educativa e empoderamento de pacientes com doenças crônicas. **Ciênc. Saúde Colet.**, v. 17, n. 11, p. 2923-2930, 2012.

TEIXEIRA, C. Os princípios do Sistema Único de Saúde. **Texto de apoio Saúde.** Salvador, Bahia, jun. 2011.

TEIXEIRA, C.F.; Municipalização da saúde - os caminhos do labirinto. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v. 44, n. 1 p. 10-15, jan/mar. 1991.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev. Saúde Pública**, v.39, n.3, p.507-514, 2005.

WIRZBICKI, D.C.M.; OLIVEIRA, K.R. de. As linhas de cuidado com estratégia de atenção em saúde para doenças crônicas não transmissíveis. **Ensaio teórico.** XIX Jornada de Pesquisa, Unijuí, 2014.

## APÊNDICES

### APÊNDICE 1: Roteiro para Coleta de Dados

#### IDENTIFICAÇÃO:

1) Gênero:

2) Idade: \_\_\_\_ anos

3) Município: Araraquara ( ) São Carlos ( )

4) Cargo / Função: \_\_\_\_\_

5) Há quanto tempo trabalha neste cargo/função/local? \_\_\_\_\_

6) Há quanto tempo se formou/graduou (anos e meses): \_\_\_\_\_

7) Houve complementação da formação: ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_

#### REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DCNT)

- Há quanto tempo está implantada em seu município a Rede de Atenção à Saúde de pessoas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT)?

- Acompanhou o processo de implantação da Rede? Como o avalia?

- Desde quando é Articulador (a) dessa Rede no município?

- Na sua percepção, qual é o papel do Articulador (a)?

- Que profissionais atuam nessa Rede?

- Relate como hoje é o funcionamento dessa Rede em seu município.

- Quais as fragilidades e as potencialidades que ela apresenta?
- Que estratégias poderiam ser utilizadas para minimizar suas fragilidades e ampliar suas potencialidades?
- Deseja acrescentar informações, fazer alguma consideração, esclarecer dúvidas

## APÊNDICE 2:

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Resolução 466/2012 do CNS)

#### **Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis: análise da implantação e funcionamento no Interior Paulista**

Eu, **Ana Carolina Bertini Martins**, mestranda do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar convido a participar da pesquisa ***“Rede de Atenção à Saúde de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis: análise da implantação e funcionamento no Interior Paulista”***, sob orientação da Profª Drª Maria Lúcia Teixeira Machado, docente do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica da UFSCar. O trabalho tem por objetivo: Analisar as potencialidades e fragilidades da implantação e funcionamento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em duas cidades do interior paulista.

O(a) senhor(a) foi selecionado(a) por ser profissional articulador(a) da Rede de Atenção à Saúde das pessoas portadoras de Doenças Crônicas Não Transmissíveis de um desses dois municípios. A sua participação consistirá em participar de uma entrevista semiestruturada sobre a Rede de Atenção à saúde de Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis, contendo dados de identificação e perguntas semiestruturadas a respeito do tema proposto. Sua participação é voluntária, isto é, a qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação com as pesquisadoras, com a Instituição em que trabalha ou com a Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas por meio da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Essa pesquisa não prevê qualquer gasto aos participantes, somente a pesquisadora principal, que se deslocará até os participantes da pesquisa. Caso ocorra alguma despesa ou dano especificamente referente à sua participação nesta pesquisa, terá o direito ao ressarcimento no exato valor, pelas pesquisadoras.

As perguntas não serão invasivas aos participantes, porém, considera-se como risco desta pesquisa, a possibilidade de desconforto ou stress do participante durante a entrevista. Nesse caso, os(as) participantes poderão interromper a entrevista a qualquer momento.

A entrevista será realizada durante o horário de trabalho do(a) articulador(a), com ele(a) previamente combinado. A duração da mesma será de aproximadamente 15 a 45 minutos, a depender do entrevistado.

O benefício desta pesquisa será para o desenvolvimento de alternativas para aprimorar o trabalho nas redes de atenção à saúde de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis e conseqüentemente melhorar o atendimento aos usuários.

Após a finalização da pesquisa, os participantes terão uma devolutiva dos resultados obtidos e publicados.

O(a) senhor(a) receberá uma via deste Termo constando o telefone, o endereço pessoal e o e-mail da pesquisadora principal, podendo solicitar esclarecimentos, tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

**Ana Carolina Bertini Martins**

**Pesquisadora principal**

Mestranda - PPGGC - UFSCar

E-mail: [nutric\\_carol@yahoo.com.br](mailto:nutric_carol@yahoo.com.br)

São Carlos/SP.

---

**Maria Lúcia Teixeira Machado**

Profª orientadora - PPGGC - UFSCar

E-mail: [mluciatmachado@gmail.com](mailto:mluciatmachado@gmail.com)

(16) 3351-8334

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. A pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br)**

Local e data: \_\_\_\_\_

Nome do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

Número e tipo de documento de identificação: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante da pesquisa: \_\_\_\_\_

## ANEXO



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** Rede de atenção à saúde de pessoas com doenças crônicas não transmissíveis: análise da implantação e funcionamento no interior paulista

**Pesquisador:** ANA CAROLINA BERTINI MARTINS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 71488117.0.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 2.278.625

**Apresentação do Projeto:**

Estudo de abordagem qualitativa que pretende analisar as potencialidades e fragilidades da implantação e funcionamento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis nos municípios de São Carlos e Araraquara. Para a produção do material empírico será aplicado entrevista semi estruturada com os profissionais responsáveis pela implantação da rede.

**Objetivo da Pesquisa:****Objetivo Geral**

Analisar as potencialidades e fragilidades da implantação e funcionamento da Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis em duas cidades do interior paulista.

**Objetivos Específicos**

Verificar quantos, quais e como os profissionais estão envolvidos nessa implantação.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235  
**Bairro:** JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905  
**UF:** SP **Município:** SAO CARLOS  
**Telefone:** (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.278.625

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**RISCO:** Há a possibilidade de algumas perguntas causarem algum desconforto ou stress aos profissionais durante a entrevista, por conter questões fechadas e abertas.

**BENEFÍCIOS:** pode contribuir para o aprimoramento da referida rede de atenção e consequentemente, otimizar e facilitar o trabalho realizado pelos profissionais de saúde e o atendimento aos usuários nas duas cidades e região.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Trata-se de um projeto de mestrado do Programa de Pós graduação em Gestão da Clínica. Temática relevante e atual. Método de pesquisa adequado para responder aos objetivos. Cronograma exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para além das documentações apresentadas na primeira apreciação, foi anexado nova versão do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Pesquisadora substituiu o termo "cópia" por "via"; acrescentou o tempo aproximado da entrevista, o direito a indenização e esclareceu que a entrevista será realizada no horário de trabalho.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_932545.pdf	30/08/2017 14:52:51		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2a_versao.pdf	30/08/2017 11:28:03	Maria Lúcia Teixeira Machado	Aceito
Outros	roteiro.docx	02/07/2017 21:50:05	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP.docx	02/07/2017 21:48:09	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.278.625

Cronograma	CRONOGRAMA.docx	29/06/2017 09:43:53	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	SC.jpg	29/06/2017 09:27:55	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	ARARAQUARA.jpg	29/06/2017 09:27:34	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito
Folha de Rosto	FR.pdf	29/06/2017 07:48:48	ANA CAROLINA BERTINI MARTINS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 15 de Setembro de 2017

---

**Assinado por:**  
**Priscilla Hortense**  
**(Coordenador)**

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235  
 Bairro: JARDIM GUANABARA CEP: 13.565-905  
 UF: SP Município: SAO CARLOS  
 Telefone: (16)3351-9683 E-mail: cephumanos@ufscar.br