



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

LARIANA CÁSSIA PEREIRA TANGERINO

FLUXO E ACESSO ASSISTENCIAL: MECANISMOS DA REGULAÇÃO EM SAÚDE
ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESPECIALIZADA

São Carlos
2018



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

LARIANA CÁSSIA PEREIRA TANGERINO

FLUXO E ACESSO ASSISTENCIAL: MECANISMOS DA REGULAÇÃO EM SAÚDE
ENTRE A ATENÇÃO BÁSICA E A ESPECIALIZADA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica para obtenção do título de mestre em Gestão da Clínica

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Adriana Barbieri Feliciano

São Carlos
2018



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



FOLHA DE APROVAÇÃO

Lariana Cássia Pereira Tangerino

**“Fluxo e acesso assistencial: mecanismos da regulação em saúde entre a atenção
básica e especializada”**

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 14/05/2018

COMISSÃO EXAMINADORA:

Prof.ª Dr.ª Adriana Barbieri Feliciano - UFSCar

Prof.ª Dr.ª Maria Lúcia Teixeira Machado - UFSCar

Prof. Dr. Silvio Fernandes da Silva - HSL

**Dedico este trabalho à Deus, à minha família
e à minha orientadora,
que diariamente me incentivaram**

AGRADECIMENTOS:

Aos meus pais Luis Carlos (*in memoriam*) e Cleusa que nunca mediram esforços para investir na minha educação. À minha mãe que me ensina a ser resiliente e que me exige, diariamente, a ser dedicada,

Ao meu irmão Carlos Eduardo que sempre acredita em qualquer passo que dou. A responsabilidade de não desapontá-lo é grande! É o que me faz tentar ser sempre correta,

Ao Beto, um namorado, que por destinos diferentes da vida deixamos de ser parceiros. Em readaptação, precisei canalizar positivamente minhas energias, o que me incentivou a ingressar no Mestrado,

À minha querida orientadora Adriana Barbieri Feliciano que na graduação já se fez importante na minha vida, como exemplo de profissional e de dedicação. No Mestrado, não diferente, com acolhimento e respeito, confiou em mim. Em cada orientação me mostrava a possibilidade da existência de um “mundo novo” que poderia ser construído. Sempre me ajudou a ver o lado positivo de cada desafio. Como minha mãe, sempre exigia mais de mim!

Aos professores Maria Lúcia Teixeira Machado e Silvio Fernandes da Silva que ao me examinarem na qualificação me proporcionaram aprendizados específicos e me auxiliaram a dar à minha pesquisa caráter aplicativo e que contemplasse especificidades do meu contexto de trabalho,

Aos colegas de trabalho de equipe que compreenderam meus afastamentos às quintas-feiras para empenhar-me aos estudos e aos colegas da rede, que aceitaram participar da pesquisa, contribuindo com suas experiências,

Aos professores do mestrado, em especial ao Bernardino Souto, que sempre acreditaram no potencial dos alunos,

Às minhas amigas Marja, Fernanda e Marina com as quais compartilhei momentos de alegria, angústia, nervosismo e satisfação. Sempre de prontidão me ajudaram a superar os obstáculos,

Aos colegas do Mestrado com os quais sempre pude dividir meus medos,

E finalmente às funcionárias do Programa de Pós-Graduação em Gestão da Clínica, Vanessa e Edilene, pela atenção e dedicação dispensadas.

RESILIÊNCIA é...

Identificar o caos,

Estabelecer as prioridades,

Preocupar-se com as soluções,

Planejar as estratégias,

Pedir ajuda, a Deus também!

Saber que você pode mais,

Ter momentos de incerteza,

Trabalhar,

Executar com positivismo,

Não se abater,

Realizar incessantemente,

Adquirir experiências,

Reinventar a sua vida,

Agradecer a Deus,

Comemorar a batalha vencida,

E esperar pelo próximo desafio,

Com a certeza de que conseguirá vencê-lo novamente!

(Lariana C. P. Tangerino)

RESUMO:

A saúde como direito no Brasil, pautada pelo acesso universal e igualitário, sofre no cenário brasileiro, devido a sua diversidade e grandeza, tanto territorial quanto de particularidades regionais. O Sistema Único de Saúde e algumas de suas políticas (Política Nacional da Atenção Básica, Redes de Atenção à Saúde, Política Nacional de Regulação) buscam garantir a integralidade do cuidado, favorecer o acesso com continuidade assistencial e a utilização racional dos recursos existentes. O objetivo desse estudo foi de analisar o funcionamento de um sistema de regulação municipal, no âmbito das relações entre a Atenção Básica, Assistência especializada e o Núcleo de Regulação, a fim de proporcionar reflexão sobre as potencialidades e oportunidades de melhoria nos serviços de agendamento de consultas e exames. A condução desta pesquisa foi baseada nos pressupostos da abordagem qualitativa. O local escolhido para o desenvolvimento da pesquisa foi a cidade de Araraquara (SP). Como método de coleta dos dados foram realizados encontros para a realização de grupos focais. Os participantes foram os agentes administrativos, enfermeiros e médicos da Atenção Básica de um território pré-estabelecido, envolvidos com o serviço de agendamento e os servidores do Núcleo de Regulação, totalizando 31 indivíduos. A análise dos dados foi feita sob a ótica da análise de conteúdo temática. Os 31 participantes foram: 5 enfermeiros, 14 médicos, 11 agentes administrativos e 1 técnico de enfermagem. Após a leitura exaustiva das falas foi possível seus agrupamentos nos contextos que elas se referenciavam, em temas principais e suas categorias. Os temas principais elencados foram: “As Redes de Atenção à Saúde”, “O sistema de agendamento do município”, “O uso de protocolos para a avaliação clínica do paciente” e “A Educação Permanente em Saúde”. Esses dados permitiram identificar que as medidas de revisão do sistema de agendamento do município em questão já instauradas proporcionaram melhorias significativas na rotina de trabalho e também facilitaram o acesso à saúde para os pacientes. Porém, esses mecanismos, também trouxeram alguns desafios que exigem enfrentamentos pela gestão e trabalhadores a fim de sanar problemas de comunicação, de sistemas de informação, de registro de documentos, de aprimoramento e qualificação de seus profissionais. Sugere-se ao município para enfrentar esses desafios, ajustes no uso de protocolos para a avaliação clínica, proporcionar treinamentos sistematizados para todas as categorias da Atenção Básica, ter apoio matricial e uso de apenas um sistema de informação.

Palavras-chave: Gestão em saúde. Regulação em saúde. Assistência integral à saúde. Sistemas de saúde. Políticas públicas de saúde. Modelos de atenção.

ABSTRACT:

The health like right in Brazil, guided by equal terms have been affected by the current situation of the country due to its diversity and magnitude of both territorial and regional features. The Single Health System and some its policies (Basic Attention National Policy, Health Attention Systems, National Regulation Policy) seek for guaranteeing care integrality, promoting accessibility with continuous assistance and rational operation of the existing resources. The aim of this study was to analyze the performance of a municipal regulation system within the scope of the relations among Basic Attention, Specialist Assistance and Regulation Center, in order to provide a reflection about both the potential and the improvement opportunities in the services of scheduling medical appointments and exams. The conduct of this research was based on the qualitative approach assumption. The chosen city for the research development was Araraquara (SP). For data collection method, there were meetings to hold focus groups. The participants were the administrative agents, nurses and doctors of Basic Attention from a predetermined area, people responsible for scheduling appointments and the servants of Regulation Center, a total of 31 people. Data was examined from the point of view of the subject content analysis. The 31 participants were: 5 nurses, 14 doctors, 11 administrative agents and 1 licensed practical nurse. After the exhausting reading of the recorded and transcribed answers, it was possible to group them according to the contexts they referred to, in main topics and their categories. The main catalogued issues were: “The Health Care Attention System”, “The City Scheduling System”, “The use of protocols for Clinical Evaluation” and “The Permanent Education in health”. Through this data, it was possible to identify that the already established actions to review the scheduling system in such city have provided significant improvements in the employments’ work routine and also facilitated patients’ access to health. However, these mechanisms, have also brought some challenges that require confrontation by management and workers in order to solve communication problems, information systems, document records, employee improvement and qualification of their professionals. It is suggested to the municipality to face these challenges, adjustments in the use of protocols for clinical evaluation, provide systematized training for all categories of Basic Attention, have matrix support and use of only one information system.

Key words: Health management. Health regulation. Integral health assistance. Health care systems. Public health policies. Attention models.

SUMÁRIO:

1. INTRODUÇÃO	13
2. JUSTIFICATIVA	23
3. OBJETIVOS	24
3.1 Objetivo Geral	24
3.2 Objetivos Específicos	24
4. REFERENCIAL TEÓRICO	25
4.1 A Gestão do cuidado	25
4.2 A Gestão do trabalho	26
4.3 Modelos de Atenção à Saúde	27
5. PERCURSO METODOLÓGICO	31
5.1 Tipo de estudo	31
5.2 Local da pesquisa	31
5.3 Participantes da pesquisa	32
5.4 Coleta dos dados	32
5.5 Aspectos éticos	35
5.6 Instrumento de coleta dos dados	35
5.7 Análise dos dados	36
6. RESULTADOS e DISCUSSÃO	38
6.1 Caracterização dos participantes	38
6.2 Análise das falas	40
7. RECOMENDAÇÕES AO MUNICÍPIO	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICES	77
Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido	77
Apêndice B: Roteiro para grupo focal com enfermeiras da AB	80

Apêndice C: Roteiro para grupo focal com médicos da AB	81
Apêndice D: Roteiro para grupo focal com agentes administrativos da AB	82
Apêndice E: Roteiro para grupo focal com os servidores do Núcleo de Regulação	83
ANEXOS	84
Anexo A: Parecer consubstanciado do CEP	84

APRESENTAÇÃO DA PESQUISADORA:

Natural de Araraquara (SP) teve a vontade despertada em trabalhar na área da saúde vendo o pai exercer a profissão como representante de laboratório farmacêutico. Ainda menina, ajudava-o a receber as amostras dos medicamentos, fazia suas contagens, conferia a nota fiscal, guardava-as nas prateleiras enquanto se perguntava para que servia cada medicamento daqueles! Seu pai nunca imaginou tudo isso!

Não existia telefone móvel na época e a brincadeira de ser secretária era real, quando precisava atender aos telefonemas relacionados ao trabalho do pai. Os recados eram anotados em pequenos bilhetes para serem repassados, ao fim do dia, quando ele chegasse. Eram avisos de reuniões, de abertura de licitações e de pedidos, com datas e horários. Assuntos bem interessantes para uma menina que gostava de brincar com tudo aquilo e fantasiava na cabeça o mundo real.

A idade pré-vestibular chegou e a certeza de querer trabalhar na área da saúde adveio. Foi assim que o curso de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) acolheu-a. Coursou a graduação e a licenciatura.

Ao final do curso, a fim de lhe proporcionar maior aprendizado na área hospitalar, mesmo sabendo da afinidade com a Atenção Básica, ingressou no Aprimoramento em Oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (USP) em São Paulo. Para sua surpresa, não conseguiu terminar o curso. Não gostava de morar em São Paulo e nem de se ver impotente diante de “apenas” cuidados paliativos. A inexperiência e pouca idade lhe pegaram naquela ocasião!

O abandono do curso a levou a trabalhar numa equipe de Estratégia de Saúde da Família na cidade de Pirassununga, cidade do interior do estado. Foi quando passou a se sentir realizada com o poder da assistência em saúde!

Em curto período de tempo, não mais que um ano, havia conseguido voltar para sua cidade natal para trabalhar em uma Unidade Básica de Saúde, pela Prefeitura Municipal. Sempre estudando paralelamente ao trabalho, fez Especialização em Saúde da Família (pela Universidade Federal de São Paulo – Unifesp e a Universidade Aberta do SUS – Uni-SUS) e em Gestão da Clínica (pelo Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês/ SP).

O desejo de cursar o Mestrado lhe acompanhava. Mas também o desejo de ter experiência o bastante para julgar se a teoria a ser estudada pudesse ser exequível.

A regulação das vagas de consultas e exames foi o objeto disparador de sua ciência de que estava preparada para pesquisar e poder proporcionar dados que pudessem contribuir com a sua própria prática.

Isso se deu, após ter vivenciado aproximadamente 5 anos de trabalho na assistência de diversos casos experienciados por pacientes com quadros moderados a graves que tiveram que esperar por tempo significativo por consultas e exames especializados para poderem ser avaliados e submetidos, muitas vezes, por procedimentos de intervenção.

Diante do papel da regulação como meio facilitador do acesso justo à saúde e tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde, fez-se necessário conhecer esse processo de trabalho de agendamento de consultas e exames para proporcionar reflexão sobre as potencialidades e oportunidades de melhoria nos serviços de saúde.

Outro fator que instigou a pesquisar sobre esse tema é a reduzida produção científica que relate a experiência de outros municípios.

1. INTRODUÇÃO:

A Constituição Federal de 1988 definiu a saúde como direito de todo cidadão brasileiro, designando ao Estado o dever de prover as condições necessárias que permitam o acesso universal e igualitário da saúde, por meio do comprometimento público na criação de políticas sociais e econômicas (BRASIL, 1988, Art. 196).

Em contrapartida, o cenário brasileiro deve ser observado como um desafio de implementação dessa legislação, devido a sua grandeza territorial e da diversidade das particularidades regionais. Ademais, também impacta no planejamento e elaboração das ações de previdência e saúde, o processo de envelhecimento populacional, que teve início a partir do século XX (LEITE, 2015), o que provoca mudança no perfil da demanda de cuidados em saúde e na prevalência de doenças antes caracterizada pela presença das doenças infecto-parasitárias para o perfil atual de alta prevalência de doenças crônicas e não-transmissíveis. Estas doenças aliam longo ou indefinido tempo de tratamento, bem como intervenções complexas e custosas. Além desse perfil populacional, nos países em desenvolvimento como o Brasil, ainda existem os desafios relacionados à saúde da população infanto-juvenil (LIMA; VERAS, 2003).

Frente a esse cenário de diversidade populacional e tendo em vista a concepção da promoção da saúde, o Sistema Único de Saúde (SUS) e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), salientam o papel da Atenção Básica à Saúde, como o conjunto de ações, no aspecto individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a redução de danos. Seu exercício engloba, assim, uma série de fatores que possuem como objetivo principal o atendimento holístico da população, com o impacto direto na situação de saúde e autonomia dos indivíduos, bem como nos determinantes e condicionantes de saúde da coletividade (BRASIL, 2017). Caracteriza-se ainda pelo estabelecimento de relações de trabalho mais horizontais e a compreensão de que a Atenção Básica (AB) deva ser, preferencialmente, o primeiro nível de Atenção em Saúde (BRASIL, 2010).

Starfield (2002) cita ainda mais quatro outras características, como: a acessibilidade (a importante porta de entrada do sistema); a continuidade ou longitudinalidade do cuidado (característica das possibilidades da prática clínica); a integralidade (responsabilidade por todos os problemas de saúde da população) e a coordenação (capacidade de responsabilizar-se

pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema).

Em vista do conceito de integralidade na saúde, que prevê o acesso com continuidade assistencial e a utilização racional dos recursos existentes, as Redes de Atenção à Saúde (RAS), integradas por meio de sistemas de apoio e gestão, desenvolvem procedimentos de diferentes densidades tecnológicas que englobam esses arranjos organizativos das unidades funcionais de saúde, pontos de atenção e apoio diagnóstico bem como o terapêutico. (KUSCHINIR et al, 2009; LAVRAS, 2011). Mendes (2008) propõe que elas sejam construídas e fundamentadas em novas bases, de forma humanizada e com responsabilidade sanitária e econômica. Para isso, sugere que esse cuidado em rede aconteça no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Diante dessa dimensão do cuidado, a Constituição no artigo 198, dispôs que nenhum município por si só seria capaz de garantir aos seus munícipes todas as suas necessidades de saúde, devendo buscar a integralidade da atenção dentro do próprio sistema de saúde (BRASIL, 1988, Art 198), com necessidade de responder a essas complexas demandas de saúde por meio de intervenções de caráter intersetoriais. Exigindo assim, uma organicidade na rede e governança a fim de potencializar seus recursos e meios (SANTOS; ANDRADE, 2013).

Entende-se por governança, as atividades de coordenação, gerenciamento e financiamento da saúde que visa o trabalho que motiva os participantes à integração e transparência na gestão e execução das ações, possibilitando o controle da sociedade sobre os processos de saúde (BRASIL, 2006). Silva (2011) ressalta ainda que, para uma boa governança, é necessário um financiamento em volume minimamente suficiente e que as redes de atenção à saúde exijam também um adequado sistema de incentivos para que os prestadores de serviço se motivem a aderir aos objetivos estabelecidos para o trabalho em rede.

Foi com a publicação do Decreto 7.508, em 2011, o qual regulamentou a Lei nº 8.080/90, que a regionalização da saúde e a necessidade de integração dos serviços assistenciais em redes ocuparam definitivamente a agenda pública, configurando-se, talvez, como os elementos centrais das diretrizes do SUS (BRASIL, 2011). Faz-se necessário então, a criação de mecanismos formais de contratualização entre os entes reguladores/ financiadores e os prestadores de serviço (BRASIL, 2010).

É com base no diagnóstico das necessidades de saúde da população e na definição de estratégias assistenciais de referência pactuadas entre gestores de unidades federadas, que torna-se exequível organizar os sistemas regionais de saúde em suas especificidades e estabelecer protocolos e fluxos de pacientes nos diferentes níveis de atenção de suas unidades componentes (BARBOSA D.; BARBOSA N.; NAJBERG, 2016).

Como já comentado, tendo o país dimensões continentais favorecedoras de diferenças e iniquidades que repercutem na atenção à saúde, o sistema de regulação contribui com a diversidade operativa dessas singularidades regionais para superação dessas desigualdades (BARBOSA D.; BARBOSA N.; NAJBERG, 2016). Portanto, envolver a oferta e demanda de serviços de saúde; o fluxo do atendimento (entrada e saída do usuário no sistema); e o sistema de governança (operado pelos dirigentes) do SUS são medidas necessárias para efetivar o sistema de regulação (ASSIS, 2015).

A Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, considerando a necessidade de fortalecimento dos instrumentos de gestão que garantam a organização das redes e fluxos assistenciais, propõe: a elaboração, disseminação e implantação de protocolos de regulação; a construção e viabilização dos fluxos de referência e contrareferência; a capacitação de forma permanente das equipes das unidades de saúde e por fim, subsidia ações de planejamento, controle, avaliação e auditoria em saúde. Ferramentas essas, essenciais, para ter a integração dos processos de trabalho e prover o acesso integral, equânime e qualificado dos serviços de saúde (BRASIL, 2008).

Vale ressaltar ainda, que a regulação está relacionada a todos os aspectos da monitoração, da autorização do funcionamento e do controle de atividades consideradas de relevância pública (SILVA, 2013) e que existem, basicamente, três tipos de regulação da saúde: Regulação estatal (relacionada à produção de bens e serviços de saúde), Regulação assistencial (relacionada aos aspectos concretos da relação do usuário com os serviços de saúde) e a Regulação da atenção à saúde (aspectos mais específicos, relacionados com produtos finais do setor saúde) (CALEMAN et al, 1998 e BRASIL, 2008).

As principais ações da Regulação assistencial, objeto deste estudo, são: Regulação médica da atenção pré-hospitalar e hospitalar às urgências; controle dos leitos disponíveis; controle da agenda de consultas especializadas e de exames; padronização, por meio dos protocolos assistenciais, das solicitações de internações, consultas, exames e terapias especializadas; estabelecimento de referência entre unidades de saúde, segundo fluxos e

protocolos já padronizados e organização de fluxos de referência intermunicipal. Conseqüentemente obtendo assim, controle e monitoração da utilização mais adequada aos níveis de complexidade e subsídio ao redimensionamento da oferta (diminuição ou expansão) (BRASIL, 2008).

Para Silva (2013), uma das principais dificuldades enfrentadas pelo SUS, no que se refere ao sistema de regulação é a demanda reprimida na média complexidade. Sugere que a solução para reduzir essa demanda por especialistas deve envolver algumas condições como a capacitação dos médicos da Atenção Básica (AB), a ampliação do escopo de sua ação e a integração matricial de especialistas com os profissionais da AB.

Entende-se por ampliação do escopo de ação da AB, a gama de procedimentos médicos passíveis de serem resolvidos pela própria Atenção Básica. E por não existir uma distinção precisa entre o que cabe ao médico desta atenção e o que deve ser encaminhado aos demais níveis, sempre que possível, deve-se aumentar o campo de sua atuação, mas a decisão sobre quais ações devem ser incorporadas depende de cada realidade. No rol de especialidades a serem consideradas, inserem-se áreas adicionais como as clássicas: pediatria, ginecologia, cardiologia, ortopedia e cirurgia geral, ressaltando que caberia ao médico da AB a atuação nessas áreas também, só referenciando para situações mais complexas. Como sugestão, a fim de diminuir a demanda reprimida, incorporar esses especialistas nas equipes multiprofissionais de AB sempre que possível e desde que atendam os critérios de escala econômica (SILVA, 2013).

Esses processos regulatórios devem propiciar, à gestão pública, o estabelecimento de um melhor controle do acesso aos serviços ofertados e da aplicação dos recursos (eficiência), os quais favorecem a organização do sistema de saúde (eficácia) por meio de mudanças de diretrizes e padronização das práticas profissionais e, qualificam essa atenção de forma a proporcionar o alcance em maior dimensão dos objetivos sanitários coletivos propostos na política de saúde (efetividade) (BRASIL, 2011).

Assim, o sistema de saúde deve então, tentar suprir de maneira eficiente e resolutiva as demandas dos usuários (SILVA et al, 2011) e responsabilizar-se pelos sujeitos, a fim de partilhar o cuidado com outros serviços especializados do sistema e favorecer a comunicação das unidades de referência com as centrais de vagas, agilizando e racionalizando o atendimento e garantindo a qualidade.

Nesse âmbito, por exemplo, o município de Ribeirão Preto (SP), fim de ordenar o fluxo de problemas e de respostas no local e possibilitar o relacionamento mais efetivo e eficaz entre os atores dessa realidade, teve sua estrutura modificada com a implantação do Complexo Regulador (CR) no ano de 2005. Essa mudança provocou alterações na acessibilidade organizacional e equidade da rede de saúde, tanto da atenção ambulatorial quanto hospitalar. Evidenciou a necessidade de constituição de rede resolutiva e humanizada, com potência para colaborar na sustentabilidade do SUS. Sendo assim, uma ferramenta profícua de avaliação e gestão, mas para tanto, se fazem necessários: investimento, divulgação e aperfeiçoamento (FERREIRA, 2010).

Outros dois municípios brasileiros, Porto Alegre (RS) e Palmas (TO), implantaram mudanças na sua lógica de trabalho: duas capitais que se reestruturaram a fim de proporcionar impactos positivos em seus indicadores de saúde na perspectiva da integralidade do cuidado. Os relatos descritos fizeram parte de uma vídeo-conferência do curso de Regulação em Saúde no SUS do Instituto de Ensino e Pesquisa do Hospital Sírio-Libanês, em parceria com o Ministério da Saúde (Outubro de 2017). A saber:

Um aplicativo de celular e a experiência na saúde de Porto Alegre, RS:

Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, cidade com aproximadamente um milhão e meio de habitantes, tem escrito diferentemente sua história em saúde. Relatada pelo médico secretário da saúde Erno Harzhein que elucida a importância dessa mudança.

Primeira conduta a ser tomada foi o uso do prontuário eletrônico a fim de facilitar o registro das informações e conseqüentemente da facilitar a comunicação com todas as Unidades de saúde.

Tem um complexo regulador ambulatorial que regula as consultas e exames e um complexo regulador de leitos. Estes centros fazem uso de um software próprio que foi desenhado pelos funcionários a fim de garantir satisfação no uso e prestação de informações realmente importantes.

Porto Alegre, como a maioria das cidades brasileiras, também tem gargalos com demanda reprimida: mais de 90 mil consultas em lista de espera. Ele destaca que há excessiva quantidade em ortopedia e exames de imagem.

Para enfrentar essas dificuldades de acesso, foi criado um programa de tele-medicina junto a Universidade Federal do Rio Grande do Sul, um suporte bastante consistente. Outros mecanismos também necessários para a superação, como a criação de protocolos de encaminhamento, incorporação desses protocolos no sistema de regulação, discussão dos casos que aguardam agendamento por via telefônica (se necessário), discussão dos casos que devem permanecer acompanhados pela Atenção Básica e realização de encontros de Educação Permanente.

Para facilitar a comunicação, também foi criado um aplicativo de celular, o que garante o manejo das consultas. Os profissionais envolvidos nos atendimentos podem tirar suas dúvidas por este recurso e inclusive enviar imagens de lesões, por exemplo, para serem discutidas com um especialista da área, que na possibilidade, já indicam o rastreamento e o tratamento. O que se vê de positivo com essas condutas foi a diminuição da fila de espera por um especialista ou exame.

Outra medida extremamente importante foi a criação de protocolos de agendamento para os casos considerados priorizados, a fim de padronizar justa conduta.

O município tem como meta agendar os pacientes classificados com prioridade muito alta ou alta dentro de 30 dias. Aqueles com prioridade inferior, acredita, que o paciente possa esperar por mais tempo pela consulta. Justifica, o secretário de saúde e médico, que o tempo permitido também tem que ser usado para proteger ao pacientes: o tempo ajuda por vezes os problemas indiferenciados se solucionarem sozinhos evitando iatrogenias e a submissão a procedimentos não necessários.

Finaliza sua contribuição ressaltando a importância dos encontros de Educação Permanente, que além de melhorarem a parte relacional, capacitam os profissionais quando eles discutem suas condutas. Médicos, enfermeiros e dentistas se reúnem mensalmente e fazem uso de estudos baseados nas evidências científicas e de atuação clínica mais atual.

Nessas reuniões, por exemplo, os médicos da Atenção Básica se reúnem com o complexo regulador, para uma coordenação assistencial, para juntos determinarem quais caminhos querem seguir. Aos envolvidos é permitido dar opiniões e criar um “corpo único” quando os protocolos são apresentados ou sofrem mudança. Essa prática de poder criticar o protocolo vigente, o próprio processo de regulação, o tempo de espera, permite, além de entender a dificuldade da regulação e não sofrer com o mecanismo de imposição dos protocolos, muito comum em outras realidades. Como estratégia de diminuição da angústia de quem encaminha e que aguarda um agendamento, fazem uso da classificação de Manchester.

Chama a atenção também, para a contratualização, que tem que ser revista diuturnamente, porque quem deve a influenciar, além das evidências clínicas também deve ser a situação epidemiológica atual do local.

“Sempre seguindo o princípio da equidade de ofertar mais para quem precisa mais”

(HARZHEIN, 2017)

A auto-regulação formativa territorial e a experiência de Palmas, TO:

O médico Nezio Fernandes, após evidenciar os atores mais importantes do processo de regulação, que na sua concepção são os servidores da Atenção Básica, por serem responsáveis pela geração da demanda, contribui com seu relato descrevendo a redivisão de sua cidade, que também sofria de demanda reprimida, em oito territórios sanitários, onde cada território há um profissional representante de cada especialidade médica como referência.

Esses especialistas só atendem nessa área pré-estabelecida, a fim de evitar a fragmentação e descontinuação do cuidado dos pacientes. Nesse momento, também reforça a necessidade do uso de prontuário eletrônico integrado entre as Unidades, inclusive nas Unidades de pronto-atendimento.

Além disso, conta que complexo regulador clássico da cidade foi extinguido. Agora, cada especialista do território faz a regulação de seus casos. Chama esse processo de auto-regulação formativa territorial.

Isso resultou, naquela cidade, a significativa diminuição da necessidade de especialistas.

Ao relatar isso, ressalta que o problema da maioria dos municípios é a fragmentação da articulação dos níveis da rede que dificulta a produção de uma ação sistêmica e não cartesiana.

Criaram núcleos de práticas baseadas em evidências científicas, como estratégia de uma Educação Permanente sistematizada: o próprio especialista, da sua demanda clínica cria sua demanda pedagógica. Incentivam os profissionais, nesses encontros, a assumirem seus medos de não saberem conduzir determinados casos. Essa prática leva a uma melhor condução relacional e assistencial.

Por fim, incentiva a inovação dos municípios no âmbito dos sistemas de regulação. Acredita ter uma conduta imprescindível. (FERNANDES, 2017)

Em consonância com o que Nezio Fernandes relatou, já destacava Mendes (2011) que não é necessária grande quantidade de especialistas para diminuir demanda reprimida e que a regulação de consultas e exames deve ser feita pela própria Atenção Básica. Uma forma radical de se trabalhar em vista da existência dos clássicos complexos reguladores dos municípios, mas totalmente exequível, uma vez que o que se analisa nessa proposta são as necessidades de saúde dos indivíduos que devem ser analisadas e conduzidas pelos próprios profissionais que os acompanham. Assim, nesse modelo, a tarefa dos núcleos reguladores passa a ser apenas a regulação de urgência, emergência e de leitos hospitalares.

Em vista do que foi abordado, esses exemplos de reorganização local dos municípios e de estudiosos, devem impulsionar para a consolidação e prática dos princípios e diretrizes do SUS.

O município de Araraquara - SP:

O município de Araraquara, cidade do interior paulista, local de desenvolvimento desta pesquisa, diante de uma necessidade de adequação da prestação de serviços à saúde, a fim de suprir de maneira eficiente e resolutiva as demandas dos usuários e estar realmente responsabilizado pelo sujeito, tem revisto sua prática de encaminhamentos de pacientes a consultas especializadas e exames complementares, seus agendamentos e seus desfechos para proporcionar à população serviço eficaz, eficiente e efetivo.

A demanda que surge nas Unidades de Saúde (Unidade Básica de Saúde – UBS ou Estratégia Saúde da Família – ESF) com a avaliação médica e emissão de guias de referência para as consultas especializadas e solicitações de exames complementares iniciam o trabalho formal do agendamento executado no município. Em sequência, na própria Unidade de Saúde, o agente administrativo, insere estas informações no sistema informatizado como fichas pendentes, ou seja, aquelas que aguardam o agendamento, e envia as guias à Secretaria Municipal de Saúde, via malote, ao Núcleo de Regulação (NR).

No NR, por meio de sua equipe (médico regulador, enfermeiro regulador, técnico de enfermagem e agentes administrativos), são realizados os agendamentos dessas consultas e exames, seguindo os critérios preconizados por protocolos instituídos no município. Após essas guias serem agendadas, são devolvidas para as suas Unidades de Saúde, também via malote, para que os agentes administrativos comuniquem, via telefone, os pacientes e façam a orientação de retirada das guias com os comprovantes de agendamento. Essa medida estabelecida, da retirada da guia em sua própria Unidade, prevê o fácil acesso para o paciente e também a proximidade com sua equipe para sanar as dúvidas.

Em casos que demandam maior urgência, a equipe de regulação tenta realizar o agendamento com prioridade, a fim de o paciente esperar o menor tempo possível para seu atendimento, embora tenha para algumas especialidades e exames complementares, demanda reprimida.

Neste fluxo, a equipe de regulação solicita aos médicos das Unidades de Saúde a melhor descrição possível do caso na guia de encaminhamento, detalhando exames e tratamentos já realizados para que o agendamento seja justo e adequado. Inclusive, são devolvidas as guias aos médicos emitentes quando não há descrição suficiente, como já pré-estabelecido. Também é acordado com as equipes, diante da necessidade do caso e possível

dificuldade do acesso, o enfermeiro e/ ou médico da Unidade de Saúde, entrar em contato com o NR para discussão do caso a fim da tentativa de priorização. Esse procedimento muitas vezes agiliza e resolve as necessidades do paciente.

Porém, diante de uma dificuldade de acesso, devido a uma demanda reprimida, nota-se, por vezes, a ocorrência de pacientes tentarem intervir informalmente, por meio de conhecidos influentes ou imprensa local. Muitas vezes em casos considerados não prioritários, o agendamento é viabilizado, o que acaba prejudicando a assistência em saúde.

A fim de favorecer o cuidado adequado ao paciente e regularizar algumas dessas situações divergentes, o atual sistema de agendamento tem passado por um processo de mudanças e ajustes para reorientação do modelo assistencial.

Dessa forma, diante do papel da regulação, como meio facilitador do acesso justo à saúde e tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde, faz-se necessário conhecer o processo de trabalho vigente, para proporcionar reflexão sobre as potencialidades e oportunidades de melhoria nos serviços de agendamento de consultas e exames do município e para produzir dados com relevância social e acadêmica.

2. JUSTIFICATIVA:

É no contexto do sistema de regulação de vagas, da necessidade de fortalecimento de estratégias de gestão que garantam a organização das redes e dos fluxos assistenciais, para prover a população de assistência integral e contínua à saúde, que este estudo se faz necessário.

Sua relevância sanitária e social é caracterizada por seu objetivo de analisar o funcionamento de um sistema de regulação de um município no âmbito das relações entre a Atenção Básica, Assistência especializada e Núcleo de Regulação, a fim de reconhecer mecanismos de aprimoramento dos processos de trabalho, da assistência à saúde e proporcionar o fortalecimento dos laços entre as instituições envolvidas, impactando na produção de saúde de um sistema mais resolutivo.

Já a relevância acadêmica se justifica com a incipiente e escassa produção científica brasileira que relate essas experiências de trabalho, o que ocasiona uma lacuna do conhecimento e prejudica a reflexão da prática dos sistemas de regulação e de modelos de atenção à saúde.

3. OBJETIVOS:

3.1 Objetivo Geral:

Analisar o funcionamento de um sistema de regulação municipal no âmbito das relações entre a Atenção Básica, Assistência especializada e o Núcleo de Regulação.

3.2 Objetivos Específicos:

- Descrever o modelo de agendamento de exames e consultas especializadas solicitados pela Atenção Básica;
- Identificar os critérios adotados pelos trabalhadores da saúde na Atenção Básica e no Núcleo de Regulação para definir a priorização em que os pacientes serão atendidos pelo setor intermediário (especializado) e pelos laboratórios;
- Identificar os desafios presentes na comunicação entre a Atenção Básica e o Núcleo de Regulação e
- Propor melhorias a fim de aperfeiçoar e qualificar o processo de regulação e do Modelo de atenção à saúde do município.

4. REFERENCIAL TEÓRICO:

4.1 A Gestão do cuidado:

Cuidar do outro é acolher seus sofrimentos, perceber suas necessidades de saúde e oferecer intervenção o mais precoce possível. É prover oferecendo um itinerário terapêutico que respeite sua linha de cuidados, com recursos e ações, que permeados pela integralidade e resolutividade, lhe proporcionem resposta positiva, trazendo-lhe bem-estar e promovendo autonomia.

O ato de cuidar é sempre singular. É dependente do trabalhador e do usuário, e sua espetacular capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos, mediados pelos agenciamentos do que cada um traz o significado do que é cuidar. Sendo assim, não há um juízo de valor sobre as redes ou o ato de cuidar. As redes e o cuidado vão se produzindo no encontro (FRANCO, 2015).

Ayres (2011), trata do cuidado como um constructo filosófico, uma categoria com a qual se quer designar simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática frente ao sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações em que se necessita de uma ação terapêutica.

Gestão do cuidado, por sua vez, é a construção de alicerces organizadores na ação do cuidado, promovendo a melhoria da assistência prestada. Utiliza-se de ferramentas que envolvem a empatia; o respeito; a responsabilidade; a organização; o planejamento do trabalho; a previsão de estrutura física, de material e de recursos humanos.

Ao papel do planejamento na organização não se fala só da execução das ações técnicas relacionadas à assistência ou à administração, mas da possibilidade de construção de grupalidade, de um projeto coletivo e de uma perspectiva de realização profissional. Nesse sentido, o planejamento e o contrato de gestão fazem parte do elenco de atividades relacionadas ao desenvolvimento pessoal, à educação permanente e ampliação da capacidade de compreensão e intervenção (SCARAZATTI; AMARAL, 2008).

A gestão do cuidado é imprescindível para que as necessidades de saúde do indivíduo sejam identificadas. Isso se faz por meio da escuta qualificada e do acolhimento em todo o processo de acompanhamento do paciente.

As necessidades de saúde, por serem individuais, peculiares, subjetivas, podem sofrer

mudanças durante todo o processo do cuidado, já que estão relacionadas com a qualidade de vida, nível social, cultural e como o indivíduo se reconhece no seu contexto de vida. Para Hino et al (2012) decorrem de alterações biológicas, do cotidiano e de insuficiências no processo de produção dos serviços de saúde.

Os serviços de saúde, de forma geral, ainda apresentam dificuldades para identificar as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais. A reorganização do modelo assistencial pressupõe, portanto, qualificar as equipes de saúde para o reconhecimento e o enfrentamento dessas necessidades (SANTO et al, 2012).

A Vigilância em Saúde torna isso possível, já que monitora as condições de vida e saúde das famílias de um determinado território, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade. Objetiva-se a intervenção, resolutiva e de qualidade, para mudar suas condições de saúde (OLIVEIRA; SILVA, 2012).

Oliveira e Silva (2012) acreditam que a produção de conhecimentos sobre a avaliação de necessidades em saúde é uma tarefa a ser assumida coletivamente tanto por quem se dedica à elaboração de tecnologias e instrumentos de intervenção, como por aqueles que, no cotidiano dos serviços de saúde, encarregam-se de submeter tais produtos ao teste da realidade.

O sucesso do cuidado depende também, da co-participação do indivíduo e sua motivação, bem como da qualidade da assistência. É neste sentido que a gestão do cuidado atua.

4. 2 A Gestão do trabalho:

A Gestão do trabalho trata das relações de trabalho a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividade e eficiência do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2005).

Nessa abordagem, o trabalho é visto como um processo de trocas, de intercâmbio, de criatividade, co-participação, co-responsabilização, de enriquecimento e comprometimento mútuos. Essas ações pressupõem a garantia de requisitos básicos para a valorização do trabalhador da saúde e do seu trabalho, a fim de garantir que o trabalhador esteja envolvido e

motivado para a execução de suas tarefas, tais como: Plano de carreira, cargos e salários; vínculos de trabalho com proteção social; espaços de discussão e negociação das relações de trabalho em saúde e das condições de trabalho; capacitação e educação permanente dos trabalhadores e humanização da qualidade do trabalho (BRASIL, 2005).

Para dar suporte a esse modelo motivador, a Política Nacional de Humanização (PNH), se volta para ações de humanização e ativação de dispositivos que favoreçam mudanças nos modos de gerir e de cuidar. Prevê assim, que essas ações devam estar presentes e inseridas em todas as políticas e programas do SUS (BRASIL, 2013).

Atua a partir de orientações clínicas, éticas e políticas e tem conceitos que norteiam o seu trabalho, como por exemplo, o acolhimento; a gestão participativa e cogestão; ambiência; clínica ampliada e compartilhada e por fim, assim como a Gestão do trabalho, a valorização do trabalhador.

Seu principal propósito é contagiar trabalhadores, gestores e usuários do SUS, desenvolvendo tecnologias relacionais e de compartilhamento das práticas de gestão e de atenção (BRASIL, 2013).

A PNH estimula a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários para construir processos coletivos de enfrentamento de relações de poder, trabalho e afeto que muitas vezes produzem atitudes e práticas desumanizadas que inibem a autonomia e a corresponsabilidade dos profissionais de saúde em seu trabalho e dos usuários no cuidado em si (BRASIL, 2013, p. 3).

Incentiva por meio de rodas de conversa e movimentos sociais, a gestão dos conflitos:

Incluir os trabalhadores na gestão é fundamental para que eles, no dia a dia, reiventem seus processos de trabalho e sejam agentes ativos das mudanças no serviço de saúde. Incluir usuários e suas redes sociofamiliares nos processos de cuidado é um poderoso recurso (BRASIL, 2013, p. 5).

Dessa forma, acredita-se que é a partir da articulação entre gestão e trabalhadores, que são construídos planos de ação para promover e disseminar inovações nos modos de fazer saúde.

4.3 Modelos de Atenção à saúde:

O conceito de Sistema de serviços de saúde, que está relacionado ao cuidado em si, à assistência, à intervenção, às ações e as práticas de saúde (PAIM, 2012) é formado por componentes de infra-estrutura, organização, gestão, financiamento e da prestação da atenção

(KLECZKOWSKI, ROEMER e WERF, 1984 *apud* PAIM, 2012), e abriga noções de modelo de atenção ou de modelo assistencial em saúde.

Os modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas. Podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. Resumidamente, são as formas de organização tecnológica do processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político (PAIM, 1999).

Destaca-se atenção à palavra modelo que aqui não deve ser entendida como norma a ser seguida, mas como “formação mutante e provisória variando no tempo (história) e no espaço (diferenças econômicas, sociais, populacionais) de acordo com a especificidade dos problemas de saúde existentes” (CARVALHO, 2002, p. I33).

Considerando a conformação histórica do sistema de serviços de saúde no país, os modelos assistenciais podem atender à lógica da demanda ou a das necessidades. Desse modo, no Brasil, dois modelos convivem historicamente de forma contraditória ou complementar: o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico e o modelo sanitarista (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2013). Paim (2012) denomina o modelo médico-assistencial hospitalocêntrico como modelo médico hegemônico.

O modelo médico hegemônico reforça a ideia da medicalização dos problemas, uma vez que prioriza em seu atendimento a queixa do paciente apresentada por demanda espontânea, o que muitas vezes acaba estimulando o consumismo médico, direcionando seus atendimentos a especialidade, tendo alto custo e baixa resolutividade. Portanto, em consequência dessas ações, espera-se por pacientes com uma participação passiva e subordinada. Aquelas pessoas e grupos populacionais que não percebem a existência de problemas de saúde ou que não estejam alertas para a promoção da saúde e para medidas de prevenção de riscos e de doenças não são atendidas por esse sistema de saúde, pois não constituiriam uma demanda espontânea. Isso caracteriza um serviço altamente centralizado, fragmentado, imediatista e restrito às ações curativas (PAIM, 2012).

Como integrantes do modelo médico hegemônico, podem ser mencionados o

modelo médico assistencial privatista e o modelo da atenção gerenciada (managed care) (PAIM, 2012, p. 556).

Já o modelo sanitaria está voltado essencialmente ao controle de endemias e remete à idéia da existência de campanhas, programas e ações que decorrem de uma necessidade coletiva (TEIXEIRA; VILASBÔAS, 2013). Ilustra a saúde pública institucionalizada no Brasil durante o século XX centrada no saber biomédico, sob a influência americana, que buscava atender às necessidades de saúde da população mediante campanhas (vacinação, controle de endemias, erradicação de endemias) e os programas especiais, tais como: controle da tuberculose, saúde da criança, da mulher, saúde mental e as vigilâncias (PAIM, 2012).

Como exemplos do modelo sanitaria, cabem ser citados os programas especiais, inclusive o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), as campanhas sanitárias e as vigilâncias sanitárias e epidemiológicas (PAIM, 2012, p. 556).

Porém, diversas iniciativas têm surgido a fim de superar esses limites e construir modelos de atenção mais evoluídos e coerentes com a necessidade brasileira. Um exemplo disso são as Conferências Nacionais de Saúde, que permeiam discussões e sugestões de melhorias. Estas iniciativas tentam se basear no modelo de saúde idealizado pelo SUS, uma vez que ele preconiza a integralidade do cuidado, a garantia do acesso, a regionalização, a descentralização dos serviços, as ações humanizadas e resolutivas. E ainda, que tenha ações que estejam voltadas às necessidades de toda a população e que respeitem as diferentes necessidades e problemas de saúde (BRASIL, 1988).

Na atualidade brasileira, já há registros de grandes avanços haja vista a implantação do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, com diferentes tipos de incentivos operacionais e financeiros, incentivando novas reflexões do produzir saúde e que de sua expansão levou a criação do Núcleo de Assistência à Saúde da Família (NASF) (BRASIL, 2012).

O que se tem observado, nessa evolução, é que são os diferentes contextos sócio-econômicos que determinam os modelos de atenção à saúde. E que em decorrência da diversidade da população brasileira, não há um modelo que suplante, isoladamente, todas as suas carências, havendo uma necessidade de buscar adequar a oferta de serviço de acordo com o contexto regional.

Essas particularidades que precisam ser analisadas e que devem direcionar o modelo de atenção a ser oferecido, uma vez que sua lógica deve descentralizar o sistema e garantir à sua população maior acesso à saúde, não devem somente influenciar os aspectos regulatórios dos municípios, mas também todo o processo de trabalho, com a inclusão dos trabalhadores, usuários e gestores na produção do próprio cuidado.

Será dessa forma, sob a ótica da Gestão do cuidado, Gestão do trabalho e de Modelos de atenção à saúde que os dados dessa pesquisa serão analisados.

5. PERCURSO METODOLÓGICO:

5.1 Tipo de estudo:

A condução desta pesquisa foi baseada nos pressupostos da abordagem qualitativa.

De fonte primária e que valoriza a percepção do sujeito, observa-se que esta metodologia busca a compreensão do indivíduo como um todo, proporcionando ao pesquisador a oportunidade de interagir com o mundo dos sujeitos, identificando o significado de eventos em suas vidas (POLIT; HUNGLER, 1995) e a forma como percebem suas experiências e dão significados à elas (PAJARES; OLAZ, 2008).

Minayo (2011) descreve a pesquisa qualitativa como uma resposta a questões muito particulares e que se ocupa com um nível de realidade que não pode ser quantificada, “ou seja, ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes” (p. 21).

Dessa forma, esse método possibilita compreender as dificuldades intrínsecas da sua prática (DURAN; TOLEDO, 2011) e como sugere Blummer; Boff (2008) deve ser conduzida no contexto em que o fenômeno ocorre, a fim de explorar diversos aspectos.

5.2 Local da pesquisa:

A pesquisa foi realizada em Araraquara, interior de São Paulo. Cidade que tem uma população estimada em torno de 230 mil habitantes, segundo dados do IBGE (2017).

Araraquara é subdividida, pela Secretaria de Saúde, em sete territórios sanitários, visando a organização e planejamento de suas ações.

Após discussão com a gestão municipal e baseando-se em critérios foi definido como local da pesquisa o território de maior vulnerabilidade social e também com alta demanda por agendamento de consultas e exames. Estas informações de vulnerabilidade social e com alta demanda de atendimentos foram baseadas em dados do sistema de informação local.

Este território escolhido contempla a assistência numa região com mais de 30 bairros que são atendidos por 5 Unidades de Saúde, sendo 3 delas de Estratégia Saúde da Família (com 5 equipes no total) e 2 Unidades Básicas de Saúde, os chamados Centros Municipais de Saúde e da Comunidade (CMS's).

Segundo dados informados pela Gerência de Planejamento da Secretaria Municipal de

Saúde, em 2017 foi feito um levantamento pela Gerência de Tecnologia de Informação, através do Sistema de Informação FAA-Moura, que contabilizou nesse território, aproximadamente 45.803 pessoas cadastradas nessas Unidades, num total de 9891 famílias.

Dessas 45.803 pessoas cadastradas nessas Unidades de Saúde, 3606 foram classificadas como hipertensas, 352 diabéticos e 2375 hipertensos e diabéticos.

5.3 Participantes da pesquisa:

Os participantes da pesquisa foram os agentes administrativos, enfermeiros e médicos da Atenção Básica, deste território pré-estabelecido, envolvidos, portanto, com o processo de agendamento de consultas e exames, e os servidores do Núcleo de Regulação, num total de 41 funcionários.

Destes, 32 fazem parte das Unidades de Saúde (UBS ou ESF), dos quais 22 (5 agentes administrativos, 4 enfermeiros e 13 médicos) aceitaram e puderam participar da pesquisa, uma vez que suas participações foram voluntárias e respeitaram suas rotinas de trabalho.

Os demais servidores, no total de 9, lotados no Núcleo de Regulação, aceitaram participar em sua totalidade, sendo 1 médico regulador, 1 enfermeira, 1 técnica de enfermagem e 6 agentes administrativos.

A fim de garantir o anonimato dos entrevistados, optou-se pela identificação das falas pela palavra “participante” seguido do “número cardinal” da sequência que eles se pronunciavam durante a pesquisa.

5.4 Coleta dos dados:

O grupo focal:

No âmbito das abordagens qualitativas em pesquisa social, esta técnica de entrevista em grupo vem sendo cada vez mais utilizada. É muito útil quando o interesse do pesquisador está baseado em compreender as diferenças existentes em perspectivas, ideias, valores e comportamentos de grupos diferenciados de pessoas, bem como compreender os fatores que os influenciam, as motivações que subsidiam as opções, os porquês de determinados

posicionamentos. Há interesse não somente no que as pessoas pensam e expressam, mas também, em como elas pensam e porque pensam o que pensam (GATTI, 2005).

Os participantes do grupo devem ter alguma vivência com o tema a ser discutido, de tal modo que sua participação possa trazer elementos ancorados em suas experiências cotidianas (POWELL; SINGLE, 1996 e GATTI, 2005).

Para a presente pesquisa, a fim de convidar os participantes e estabelecer vínculo, foi realizado pessoalmente, o convite de participação após uma breve apresentação pessoal e acadêmica da pesquisadora. Após esta apresentação e conversa inicial, foi preservada a sua liberdade de adesão.

Os grupos foram agendados, após autorização de participação dos envolvidos pela Secretaria de Saúde, conforme a classe profissional dos entrevistados. A comunicação prévia e com tempo antecedente se deu a fim de realizar ajustes nas agendas destes profissionais e não haver prejuízo de atendimento em seu local de trabalho.

Optou-se por realizar grupos homogêneos com a mesma classe profissional para facilitar a discussão de temas comuns de suas rotinas e enriquecer as informações prestadas.

O local do grupo foi no próprio território de trabalho do servidor.

Para cada encontro de grupo focal, a pesquisadora iniciava a discussão com a apresentação da pesquisa, solicitação de aceite e assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido e solicitação de autorização para que o áudio fosse gravado. O Termo de consentimento livre e esclarecido utilizado encontra-se no **Apêndice A**.

Era apresentado também o observador e esclarecimento de sua necessidade de anotações, essenciais para auxiliar as análises. Elas são úteis para sinalizar aspectos ou momentos importantes, registrar trocas e monólogos, dispersões, distrações, cochichos, alianças e opiniões contraditórias (GATTI, 2005).

Logo após cada encontro, a fim de evitar enganos na identificação da fala, os áudios foram transcritos, os dados emergentes foram analisados e as questões do roteiro aprimoradas para o grupo seguinte, quando necessário.

O tempo de duração de cada reunião grupal e o número de encontros a serem realizados dependem da natureza do problema em pauta, do estilo de funcionamento que o grupo constituirá e da avaliação do pesquisador sobre a suficiência da discussão quanto aos seus objetivos. Alguns autores recomendam que as sessões durem entre uma hora e meia e não mais do que três horas (GATTI, 2005). Acreditam que este seja o tempo adequado para

haver interação com os participantes, hábil para discussões e o suficiente para não se tornar cansativo e conseqüente distração.

Nessa pesquisa, o tempo médio de duração dos encontros foi menor, tempo aproximado de 40 a 60 minutos. Isso, acredita a pesquisadora, que ocorreu por objetividade dos participantes e de grupos com número reduzido de integrantes. A realização de grupos focais com número reduzido de participantes, foi devido a necessidade de respeitar a possibilidade dos envolvidos e por estes terem horários de trabalho diversificados, o que também levou, a necessidade de realização de um número maior de grupos, que se totalizou em 8. Acredita também a pesquisadora, que esses fatos não prejudicaram o rendimento do trabalho.

A seguir, em ordem cronológica de acontecimentos, a descrição dos grupos focais realizados, com a classe profissional e quantidade de participantes:

- a. 1 grupo com os enfermeiros (tanto das UBS's quanto das ESF's) com 4 participantes ;
- b. 1 grupo com os médicos das ESF's com 4 participantes;
- c. 1 grupo com os médicos que trabalham no período da manhã de uma UBS com 3 participantes;
- d. 1 grupo com os médicos que trabalham no período da manhã de outra UBS com 2 participantes;
- e. 1 grupo com os médicos que trabalham no período da tarde de uma UBS com 2 participantes;
- f. 1 grupo com os médicos que trabalham no período da tarde de outra UBS com 2 participantes;
- g. 1 grupo com os agentes administrativos (tanto das UBS's quanto das ESF's) com 5 participantes e
- h. 1 grupo com os servidores do Núcleo de Regulação, com 9 participantes.

O objetivo de realização do grupo focal com os servidores do Núcleo de Regulação, após os encontros com os trabalhadores da Atenção Básica foi de levar à discussão com o Núcleo de Regulação, parâmetros adotados pelos trabalhadores do serviço de entrada, onde o paciente tem seus primeiros contatos com o acesso à saúde.

Em todo o processo de desenvolvimento da coleta de dados, não foram dadas aos participantes informações detalhadas sobre o objeto da pesquisa e sobre o roteiro, seguindo instrução de Gatti (2005) que ressalta a importância de eles serem informados de modo vago sobre o tema da discussão para que não fossem com ideias pré-formadas para os grupos ou com sua participação preparada.

A coleta de dados se deu no período de julho a setembro do ano de 2017.

5.5 Aspectos éticos:

Por tratar-se de uma pesquisa envolvendo seres humanos, foram observados e respeitados, neste estudo, os aspectos éticos disciplinados pela Resolução Brasileira 466/2012 (BRASIL, 2012) e regulamentados pelo Conselho Nacional de Saúde, tendo início somente após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos.

A aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa deste trabalho foi registrada sob o número 2.061.829 e o Parecer encontra-se no **Anexo A**.

Considerou-se também, para início das atividades, a necessidade de assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes. O consentimento para a gravação de áudio dos encontros e a divulgação científica dos dados também foram discutidos e solicitados.

5.6 Instrumentos de coleta dos dados:

Os grupos de discussão tiveram um roteiro preliminar de trabalho, baseado na constituição dos participantes e em função do problema da pesquisa.

O roteiro elaborado como forma de orientar e estimular a discussão foi utilizado com flexibilidade, de modo que ajustes durante o decorrer do trabalho pudessem ser feitos, com abordagem de tópicos não previstos, ou deixando-se de lado alguma questão, em função do processo interativo concretizado. Propuseram-se questões sobre as facilidades e fragilidades do sistema de agendamento, com foco no mecanismo de acesso e fluxo dos usuários, a fim de identificar as dificuldades da comunicação presentes neste processo de trabalho, bem como, identificar as situações do cotidiano e os fenômenos presentes que interferem e levam ao trabalhador a construir sua demanda e conduta.

Os roteiros encontram-se nos **Apêndices B, C, D e E**.

5.7 A análise dos dados:

Em pesquisas qualitativas, o método selecionado para a análise dos dados deve permitir a compreensão dos significados atribuídos às experiências dos sujeitos de pesquisa e a visão global dos resultados (CAMPOS; TURATO, 2009).

A análise dos dados produzidos durante a presente pesquisa foram tratados sob a ótica da **análise de conteúdo temática** que, segundo Gomes (2015), apresenta as seguintes etapas: Pré-análise; Exploração do material e Tratamento dos resultados/ Inferência/ Interpretação.

a) A pré-análise:

Logo após a realização de cada encontro, a fim de evitar enganos na identificação da fala, os áudios foram transcritos e os dados emergentes analisados. Foi feita uma leitura compreensiva do conjunto do material (gravado e transcrito) de forma exaustiva.

Trata-se de leitura de primeiro plano para atingir níveis mais profundos, até atingir a impregnação do conteúdo do material, com o objetivo de permitir-se ter uma visão de conjunto; apreender as particularidades do material a ser analisado; elaborar pressupostos iniciais que servirão de parâmetros para a análise e a interpretação do material; escolher formas de classificação inicial e determinar os conceitos teóricos que orientarão a análise (GOMES, 2015).

b) A exploração do material:

Essa fase da pesquisa completa a primeira etapa, porque trata-se da análise propriamente dita (GOMES, 2015).

Após a leitura incessante desse material escrito produzido, a pesquisadora aglutinou, através de inferências, fragmentos das falas com os mesmos núcleos de sentido, ou seja, com os mesmos temas.

A análise desses núcleos de sentido levou a formação de contextos de fala que retrataram temáticas mais amplas. Essas temáticas serviram de eixo para a classificação em categorias e os temas propriamente ditos.

c) Tratamento dos resultados e interpretação:

Nesta etapa foi realizada a articulação dos dados produzidos com os conceitos teóricos orientadores da pesquisa, base para a redação que foi elaborada. Essa interpretação dos dados foi de fundamental valor à pesquisa, uma vez que descreveu todo o processo de trabalho do município e com ela adveio a produção de informações relevantes para a conclusão da pesquisa e correlação com outros estudos e conceitos teóricos.

6. RESULTADOS e DISCUSSÃO:

6.1 Caracterização dos participantes:

Conhecer as experiências dos sujeitos envolvidos durante os grupos focais, foi possível na pesquisa, pelo fato de ter tido um número significativo de servidores de cada profissão/ cargo, faixa etária e tempo de serviço que aceitou participar, como descrevem as **Quadros 1, 2, 3 e 4** abaixo:

Quadro 1: Descrição dos participantes quanto a profissão/ cargo, Araraquara, 2017:

	Nº de servidores do território:	Nº de servidores que aceitaram participar:
Enfermeiros de ESF do território	5	2
Enfermeiros de UBS do território	4	2
Médicos de ESF do território	5	4
Médicos de UBS do território:	12	9
Agentes Administrativos de ESF do território	4	3
Agentes Administrativos de UBS do território	2	2
Médico Regulador	1	1
Enfermeira do Núcleo de Regulação	1	1
Técnico de Enfermagem do Núcleo de Regulação	1	1
Agentes administrativos do Núcleo de Regulação:	6	6
Total	41	31

O **Quadro 1** nos mostra que no total de participantes da AB, 4 eram enfermeiros e 5 eram agentes administrativos. Dos 13 médicos que participaram, 4 atuam como Médico de Saúde da Família nas Estratégias Saúde da Família e os demais, em Unidades Básicas de Saúde, sendo 4 Ginecologistas e Obstetras, 3 Clínicos Geral e 2 Pediatras.

Ademais, todos os 9 servidores do Núcleo de Regulação também contribuíram com a pesquisa: 1 Médico Regulador, 1 Enfermeiro, 1 Técnico de Enfermagem e 6 agentes administrativos.

Quadro 2: Descrição dos participantes quanto ao sexo, Araraquara, 2017:

	Feminino:	Masculino:	Total:
Sexo	20	11	31

Quadro 3: Descrição dos participantes quanto a faixa etária, Araraquara, 2017:

Faixa etária:	Nº de participantes:
Idade entre 21 e 30 anos	6
Idade entre 31 e 40 anos	11
Idade entre 41 e 50 anos	8
Idade entre 51 e 60 anos	5
Idade maior que 60 anos	1

Quadro 4: Descrição dos participantes quanto ao tempo de serviço, Araraquara, 2017:

Tempo de serviço:	Nº de participantes:
Menor que 1 ano	3
De 1 a 3 anos	5
De 4 a 10 anos	11
De 11 a 20 anos	9
De 21 a 31 anos	3

Os **Quadros 3 e 4** evidenciam a diversidade dos participantes, quanto a idade e o tempo de serviço, o que favorece o aparecimento de diferentes opiniões quanto aos assuntos abordados.

6.2 Análise das falas:

Após a leitura exaustiva das falas foi possível seus agrupamentos nos contextos que elas se referenciavam e conseqüentemente aos temas centrais e suas categorias.

Com a análise dessas falas e a relação com os objetivos geral e específicos, a pesquisadora apreendeu 4 temas principais, com suas respectivas categorias, descritos abaixo no **Quadro 5** e discutidos posteriormente:

Quadro 5: Apresentação dos temas e categorias citados, Araraquara, 2017:

Temas:	Categorias:
I. As Redes de Atenção à Saúde	a) O uso de contrareferência
II. O Sistema de agendamento do município	a) As facilidades com o sistema de agendamento
	b) As dificuldades com o sistema de agendamento
	c) A gestão da fila e a avaliação de risco
	d) A escuta qualificada
III. O uso de protocolos para a avaliação clínica do paciente	a) A elaboração dos protocolos
	b) A instituição dos protocolos
	c) O uso dos protocolos auxilia a avaliação clínica
	d) A flexibilização do cuidado
IV. A Educação Permanente em Saúde	a) A qualificação profissional
	b) A melhora nos mecanismos de comunicação e no perfil relacional

I. AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE:
--

a) O uso de contrareferência:

Os participantes da pesquisa, cientes da necessidade de integração dos serviços de saúde discursaram sobre o uso das contrareferências e sua importância na continuidade assistencial. Esta fala também demonstra preocupação com a utilização racional dos recursos:

Se é devidamente preenchida, 'Ó, o paciente está sendo devidamente conduzido, de uma forma boa, sugiro seguimento da conduta na UBS e volte a ser reencaminhado caso mude alguma trajetória dessa doença'. Porque aí você mostra pro paciente isso. 'A base, o tratamento é esse e como nós estamos conduzindo está de forma correta' (Participante 11 - p. 8).

Porém, o que se tem observado no processo de trabalho municipal é que é escasso o uso desse recurso:

São 26 anos de Prefeitura, há 26 anos tem tido reuniões na Prefeitura em que se pede, se obrigue o médico, né?! o especialista a preencher a contrareferência, nada muda, isso é fato (Participante 11 - p. 9).

A contrareferência, o retorno, ele é raro de existir, né? Você encaminha, você não sabe a conduta que a pessoa tomou, aí você fica perdido, aí você fica pesquisando com a mãe, pescando com a mãe, e de repente essa informação não é verídica, né?... Então falta o doutor prescrever (Participante 11 - p. 2).

Contrareferência não tem, a gente acaba sabendo pelo o que o paciente fala (Participante 2 - p. 11).

A resposta não tem! O que falta é o retorno, se a pessoa foi agendada... se ela foi encaminhada. Falta a contrareferência daquilo que encaminhamos! (Participante 14 - p. 2).

Dessa forma, os participantes, inclusive, reconhecem que a não utilização das contrareferências causando prejuízo na assistência contínua e de qualidade ao paciente:

No meu caso, é muito ruim, por exemplo, você encaminha o paciente para o cardiologista e você não tem uma resposta do que ele concluiu dos seus exames, do que você mandou, se teve alteração ou não da medicação... e o paciente, muitas das vezes, 99%, não sabe me dizer o que o médico falou. Ou diz que o médico não disse nada e 'me entregou essa receita'. 'Tá, mas o que ele falou do exame? O que ele viu no exame? Deu alguma coisa do que a gente tinha comentado?' 'Não, não me falou nada!' ... A gente nunca sabe o que é para fazer! (Participante 1 - p. 2 e 3).

A gente não sabe se o paciente tem que retornar, em quanto tempo tem que retornar... E a medicação? Quanto tempo tem que tomar? É para tomar sempre? É por um período de 6 meses? É para voltar antes dos 6 meses? (Participante 14 - p. 2).

Muitas vezes o paciente acaba ficando pra sempre naquele especialista, por falta de contrareferência. O médico da AP não sabe qual foi o diagnóstico nem qual medicação está sendo usada. Risco de interação medicamentosa. Há pacientes que não sabem relatar seus diagnósticos (Participante 19 – p. 10).

Certo participante até arrisca dizer o porquê os profissionais médicos não fazem contrareferência:

Eu tenho uma ideia porque o doutor às vezes não escreve, até por segurança dele! ... Manter aquele ambulatório funcionando, porque se ele dá a receita de bolo, seria ótimo para nós. Se segura o paciente aqui (na Atenção Básica) e aí diminui a demanda dele, aí ele começa a ter demanda daquilo que é mais grave, porque tudo aquilo que eu já sei que aquele profissional faz, né?! Eu poderia estar fazendo até um determinado momento e só estar encaminhando... Eu usei um ano ali aquele tratamento e não resolveu (Participante 11 – p. 3).

Como estratégia para saber qual foi a avaliação do especialista e a sua conduta, os médicos da Atenção Básica (AB) fazem acordos com os pacientes para eles voltarem em consulta para contar:

Você vai, mas você volta me falar. Você vai tal dia, eu quero saber se deu tudo certo, o que ele pediu, depois você volta. A maioria volta e tem alguns que não voltam, mas normalmente eles que nos trazem essa devolutiva (Participante 3 – p. 11).

Exemplificam, com certa escassez, os poucos serviços que fazem uso desse recurso:

Normalmente eu tenho recebido da saúde mental quando tem falta (Participante 3 – p. 11).

O Espaço Crescer também manda uma folhinha dizendo como foi, ‘vamos continuar aqui’. O endócrino teve uma época que estava mandando, ‘favor rever o esquema de insulina’ ou ‘ensinar a mexer com a insulina’ (Participante 2 – p. 11).

Mas é uma minoria, né?! (Participante 3 – p. 11).

O termo “Espaço Crescer” foi esclarecido que é um ambulatório de saúde mental e de reabilitação, portanto, é onde crianças e adolescentes de 3 a 18 anos são atendidos quando referenciados pela AB quando necessitam de terapias da psicologia, psicopedagogia, fonoaudiologia, psiquiatria, fisioterapia, terapia ocupacional, enfermagem e assistência social.

Pautada nos princípios da Política Nacional de Atenção Básica, que prevê o atendimento integral e holístico da população (BRASIL, 2010), a gestão da saúde do município de Araraquara, há aproximadamente 3 anos, tem alterado seu sistema de agendamento a fim de promover também acesso justo e resolutivo; o que também vai de encontro com as premissas das Redes de Atenção à Saúde (RAS) que prevêem o acesso com continuidade assistencial e utilização racional dos recursos existentes (KUSCHINIR et al, 2009; LAVRAS, 2011).

Devido a necessidade de buscar a integralidade da atenção dentro do próprio sistema de saúde e de responder a essas demandas por meio de intervenções intersetoriais, já previstas na Constituição de 1988 (BRASIL, 1988, Art 198), os participantes da pesquisa, citam um mecanismo para que haja essa integração entre os serviços por meio da utilização da contrareferência.

Contrareferência é um ato simples realizado pelo especialista, que tem o desejo de favorecer a continuidade do cuidado, em oferecer ao profissional da AB informações de como se conduziu sua consulta, qual terapêutica utilizada, quando e se deve haver retorno do paciente atendido.

Porém o que se tem notado pelos participantes é que essas informações não tem chegado a equipe da AB, o que dificulta a assistência aos pacientes, interrompe a continuidade do cuidado e em conseqüência, muitas vezes, aumenta a demanda por consulta no setor intermediário.

A anotação dos dados da consulta em contrareferência pode ser feita via escrita, no próprio impresso que o profissional da AB emitiu, ou também, como sugerem os participantes, de forma digital, por meio da utilização de prontuário eletrônico.

O município ainda não está provido desse recurso eletrônico, mas o que é sabido é que ele além de garantir o acesso rápido da informação pelos profissionais evita repetição de procedimentos, uma vez que fica arquivado no histórico dos pacientes quais foram seus atendimentos, exames realizados e seus resultados. Esse recurso vai de encontro com os preceitos de Mendes (2008) que evidencia a importância dos arranjos organizativos das RAS favorecendo atendimento humanizado e com responsabilidade sanitária e econômica.

Também deve ser analisada a importância do recurso de contrareferência e do prontuário eletrônico para o sistema de regulação dos municípios, pois partilhar o cuidado com outros serviços especializados do sistema e favorecer a comunicação das unidades de

referência com o NR, por exemplo, podem além de garantir a qualidade do serviço, agilizar e racionalizar o atendimento (SILVA et al, 2011).

Outro fator que destaca a importância da contrareferência é que o paciente, apesar de ter tido a necessidade de ser encaminhado ao especialista, ele continua sendo paciente da AB e seu médico necessita continuar o acompanhando para que ele e sua equipe consigam conduzi-lo de forma que potencialize o tratamento proposto pelo especialista. Starfield (2002) chama esse processo de coordenação, ou seja, a capacidade de responsabilizar-se pelo sujeito, mesmo quando partilha o cuidado com outros serviços especializados do sistema.

Porém o que se observa nos relatos é que não há essa cultura no município. E mesmo sendo quase que unânime a opinião dos participantes de que essa prática é fundamental para o sucesso do tratamento, não é realizada.

Alguns profissionais, na inexistência da contrareferência, criam estratégias para saber a conduta do especialista: fazem acordos com os pacientes para que eles retornem em consulta na AB para contar as medidas tomadas. Em alguns casos os envolvidos tem sucesso na comunicação e no tratamento e em outros não, pois alguns pacientes tem dificuldades em repetir o ocorrido.

A análise dessa prática, de fazer acordos com os pacientes, pode evidenciar uma possibilidade de criação de vínculo. O paciente que retorna para contar como foi o acompanhamento no setor intermediário da assistência pode sentir-se valorizado no seu processo saúde-doença ao identificar o interesse do profissional em saber como anda sua situação.

Como recurso básico para o especialista fazer a inscrição na guia de contrareferência (impressa ou eletrônica) é necessária sua ciência de quanto essas informações são importantes para o médico/ equipe da AB. Para tanto é necessário esses trabalhadores terem também, além da ciência, o incentivo e cobrança da gestão. Sua participação em encontros de EPS é fundamental. Nesses encontros, ao serem discutidas as realidades dos serviços, a dimensão do cuidado é evidenciada e também as dificuldades que os colegas de trabalho enfrentam.

Dessa forma, há a necessidade de o modelo de atenção à saúde vigente no município combinar tecnologia estruturada para a resolução de problemas e para o atendimento das necessidades de saúde da população, sejam elas individuais ou coletivas (PAIM, 1999).

II. O SISTEMA DE AGENDAMENTO DO MUNICÍPIO:

O fluxo de agendamento das consultas e exames foi descrito por um participante:

As guias de solicitações de consultas e exames chegam na Secretaria Municipal de Saúde via malote. Aquelas guias que não tem prioridade, são enviadas por cada Unidade, uma vez por semana em dias pré-estabelecidos para cada uma. Estas guias são enviadas em uma pasta na cor cristal. Aquelas guias que são emitidas com solicitação de prioridade para o agendamento, são enviadas também via malote, porém em pastas na cor vermelha e sem dia pré-estabelecido, para serem enviadas no mesmo dia que foram emitidas. Após a chegada dessas guias no Núcleo de Regulação, elas são avaliadas segundo suas prioridades pela médica e enfermeira reguladoras e encaminhadas para o agendamento se for caso de prioridade ou arquivadas no acervo, quando tem demanda reprimida, de acordo com a especialidade e os tipos de exame, para agendamento futuro, conforme o surgimento das vagas (Participante 19 – p. 1).

Ainda há os casos de prioridade que são discutidos via telefone ou por e-mail, Unidade de Saúde e Regulação, a fim de evitar a espera pelo agendamento, que pode prejudicar o paciente (Participante 19 – p. 1).

a) As facilidades com o sistema de agendamento:

Com a revisão do processo de agendamento do município, servidores relataram facilidades na execução dessas tarefas.

Anteriormente à mudança, as guias de referência ficavam nas Unidades de Saúde para o agendamento pelos agentes administrativos, mas como explicou a participante 19, atualmente essas guias, em sua maioria, tem sido enviadas para a Secretaria de Saúde para o agendamento e isso tem facilitado o trabalho dos servidores que atuam na AB, referindo diminuição de demanda de atendimento e causando também tranquilidade para os pacientes, quando sabem que sua solicitação foi encaminhada, como descreve a seguir:

Eu acho que a maior facilidade é que as guias estão indo para lá, para a Secretaria. E isso diminuiu, de o paciente ir lá na nossa porta saber sobre a guia deles. Eles vêem a guia deles paradas lá, eles entram em pânico! Então você mostrando para eles no computador que a guia está lá, eles ficam tranquilos (Participante 24 – p. 28).

Inclusive foi citada a facilidade de se ter uma rotina de trabalho:

O estabelecimento de datas de rotina de envio, registro adequado do envio e recebimento facilitou o controle, monitoramento de guias, pois é freqüente o extravio de guias (Participante 4 - p. 1).

Por reconhecerem essa facilidade e perceberem o agendamento justo praticado pelo Núcleo de Regulação (NR), alguns servidores sugerem que todos os agendamentos sejam feitos pelo NR, pois há alguns exames e consultas de especialidades que ainda são agendados na própria Unidade da AB:

Centralizar todos os agendamentos, Mamografia, ECG, Oftalmo (Participante 20 – p. 31).

Outra facilidade que reconhecem é ter um profissional médico no NR que reavalie os casos, se necessário. Esse fator tem efeito protetor tanto para os funcionários quanto para os pacientes, como descrevem a seguir:

Ter um profissional médico responsável por avaliar as solicitações facilitou a 'triagem' das solicitações, pois é necessário que se tenha discernimento em avaliar o contexto... um profissional sem conhecimento técnico baseia-se apenas no pedido em si e se está descrito como prioridade ou não, não diferenciando o grau de urgência as solicitações de uma mesma especialidade ao ler a hipótese diagnóstica e a história pregressa ou comorbidades (Participante 4 - p. 1).

O mesmo ocorre quando há necessidade de intervenção no fluxo do agendamento quando um médico ou enfermeiro da AB está notando piora do quadro do paciente:

Possibilidade de contato rápido via e-mail ou por telefone para solicitações emergenciais (Participante 4 - p.1).

b) As dificuldades com o sistema de agendamento:

O sistema de agendamento do município ainda tem alguns desafios a serem superados para melhorar ainda mais a assistência ofertada.

É quase que unânime a opinião dos servidores com relação a dificuldade de entendimento da letra dos médicos nas guias de referência, o que causa transtorno para os funcionários da AB e do próprio NR. Enquanto os funcionários das Unidades de Saúde

relatam dificuldade em entender o que o médico está solicitando, o NR tem a dificuldade em saber se aquele caso que foi descrito, precisa ser priorizado ou não.

Para resolver essa problemática, acreditam que a única solução seria o uso de prontuário eletrônico ou que as guias fossem todas digitalizadas. Relatam que a facilidade de se usar via eletrônica também abrangeeria a diminuição do extravio de guias, como contam a seguir:

Tudo informatizado para entender a letra e não ter que ficar procurando guia, ficando mais rápido e mais dinâmico (Participante 19 – p. 5).

É freqüente o extravio de guias (Participante 4 - p. 1).

Tudo informatizado, inclusive as guias (Participante 25 – p. 5).

Essas medidas favoreceriam a agilidade do agendamento de consultas e exames, pois se não entendidas ou extraviadas, demandam novamente outra avaliação médica e reemissão do documento, o que acaba aumentando o tempo de espera do paciente.

Outra dificuldade que foi citada pelos servidores está relacionada com o lançamento dessas guias impressas no sistema de informação vigente como ficha pendente, ou seja, aquela guia que aguarda pelo agendamento. Relatam que nem todas as Unidades de atendimento tem essa prática e isso dificulta o atendimento da pessoa quando esta procura por informação se sua consulta ou exame já fora agendado:

Tinha que sugerir pro NGA lançar pendência. Eles não lançam. E aí não sabemos o que o paciente está esperando (Participante 24 – p. 32).

Sobre o encaminhamento entre especialistas, para alguns funcionários, há um aumento desnecessário da demanda para algumas especialidades e conseqüentemente uma dificuldade para o sistema de agendamento e de acesso para alguns pacientes. Sugerem que esses encaminhamentos deveriam ser feitos com mais critérios, pois muitas doenças podem ser avaliadas e conduzidas pelo próprio médico da AB. Sem contar que o paciente pode esperar na fila por um especialista enquanto ele já poderia estar sendo cuidado em seu próprio bairro:

Não deveria haver encaminhamentos entre especialistas... Por exemplo, a gente vê que o Pneumo mandou pro Cardio, hipertensão. Que grau de hipertensão é esse? Será que o médico da A.P. não trataria? (Participante 19 – p. 9).

No mesmo sentido, servidores do NR relatam a dificuldade que eles tem de saberem o motivo que o paciente foi encaminhado ao especialista quando na guia de referência falta

dados básicos da história da doença e do tratamento prévio, procedimento que já foi solicitado aos médicos:

A falta de descrição nas guias de referências e na solicitação de exames é mais prevalente nos CMS's (Participante 19 – p. 1).

Alguns servidores relatam o sofrimento dos pacientes e a dificuldade com a demanda reprimida quando os médicos precisam seguir o uso de alguns protocolos:

De repente, se for mais rápido os exames que são exigidos, pra cumprir o protocolo, por exemplo para cardiologista, eu só posso mandar um paciente para o cardiologista se, uma insuficiência cardíaca, por exemplo, eu só posso mandar, depois que eu fizer o Raio-X, o eco, o eletro e tratar o paciente aqui... Mas é um paciente diabético, é hipertenso, é vascular e tem uma insuficiência cardíaca! Até ele fazer esses 3 exames... ele já descompensou 20 vezes, e eu tentando segurar a barra aqui. Então, é bonito o protocolo, é maravilhoso, mas demora demais os exames e até o paciente chegar lá e se chegar, já demorou muito. Então a gente perdeu quase um ano, um ano e meio, que é um problema super simples! (Participante 13 - p. 5).

Para ir para o Cardiologista precisa de eletro e o eco... aí quando você consegue os dois exames e ele consegue passar no cardiologista, ele já manda (devolve) porque os exames já passaram 6 meses (Participante 13 - p. 4).

Dessa forma, ressalta um participante que a dificuldade não é em seguir os quesitos exigidos pelos protocolos mas sim a demora pelo agendamento:

Dessa forma, não é problema em seguir o protocolo, o problema é a falta de agilidade! (Participante 14 - p. 7).

Já outro participante conta a dificuldade quando não há determinados profissionais na rede o que causa constrangimento para seus atendimentos e sofrimento do paciente quando se vê sem outra alternativa:

Eu acho que o que falta de subespecialidade.. é o urogineco... paciente com perda de urina... eu não tenho pra onde mandar, faz fisioterapia, não resolve... eu não sei o que eu faço... (Participante 15 - p. 8).

Há relatos de participantes que já vivenciaram situações de pacientes que aguardam por um agendamento e estes tentam interferir no processo, procurando o serviço de ouvidoria, mídia local ou mesmo o auxílio de políticos. Os funcionários entendem aqueles casos específicos que realmente tem urgência e que não há o profissional ou exame disponível, mas relatam que o problema está naqueles casos que não demandam de urgência no agendamento e mesmo assim o paciente, repórter ou político requerem essa solução imediata, a exemplo:

A gente tem demandas de gabinete que nem sempre são prioritárias, porque tem essa questão de política e tudo, só que aí está bem estabelecido que a gente não precisa passar na frente, porque é demanda de gabinete, então a gente dá a resposta de que não foi descrito como prioridade pelo médico, então vai aguardar uma vaga pra agendar conforme a demanda que a gente está trabalhando (Participante 19 - p. 1).

O município gere suas vagas por sistema de cotas, ou seja, avalia a demanda reprimida de cada Unidade de Saúde e proporcionalmente distribui suas vagas. Aquelas vagas que foram distribuídas e não utilizadas são ofertadas à rede por meio de bolsões, quando o agendador, diante da necessidade, acessa o sistema de agendamento e consegue agendar quantas consultas e exames conseguir, sem regulação. Porém esta prática causa desconforto entre os servidores, uma vez que prejudica a ação equânime da assistência e não está na lógica do atendimento das necessidades de saúde:

*Em relação ao bolsão, eu não sou a favor! Deveria pegar estas vagas e dividir por igual entre as Unidades. Porque aconteceu com a ***: ela estava afastada, perdeu as vagas, ligou lá pedindo vaga. Resposta que ela teve: ‘espera o bolsão’. Então tem vaga para o bolsão! Então por que não pegam essas vagas que sobraram e não dividem para as Unidades? (Participante 22 – p. 31).*

Diante dessa prática desregulada, sugerem até o extermínio dos bolsões e possibilidade de acabar com fila de espera:

‘Hoje tal Unidade vai pegar as vagas que sobraram no Estado’. Pronto, aí ela põe a casa dela em ordem. Mês que vem vai ser você. A gente sabe que pelo menos periodicamente tem aquelas vagas extras. Não sei, inventar alguma maneira mais justa do que jogar pra cima e falar ‘pega’ (Participante 2 – p. 16).

Servidores reclamam de algumas rotinas despreparadas do município:

Frequentes mudanças em protocolos de encaminhamento, local de agendamento... erro de comunicação... por diversas vezes fomos corrigidos por encaminhar paciente a um determinado serviço erroneamente, porém sem termos recebido nova orientação sobre a nova conduta adotada pelo Núcleo de Regulação. Exemplo: Serviço especializado de saúde da mulher, em um mesmo ano houve cerca de três alterações no modo de encaminhamento, onde descobríamos a mudança no erro ou acerto... o próprio serviço nos informava e queixava-se do erro, sem que a Regulação tivesse nos orientado anteriormente (Participante 4 - p. 2).

O que eu acho que falta em relação a esse entendimento... pras pessoas que chegaram agora, pra entender como a rede funciona... realmente falta o esclarecimento de como a máquina funciona, porque às vezes, eu que vim de São Paulo, eu tinha muita dúvida pra quem ir, se tinha essa especialidade, se faz esse exame, se não faz. E isso nunca foi esclarecido pra mim, por

*ninguém! Ninguém nunca falou pra mim ‘não, esse não faz’, ou eu pedia e ficava anos perdido lá, ou alguém não tinha entendido o que eu tinha pedido e voltava e falava, ‘dra, esse não faz, o que é que é isso? Por que a senhora pediu isso?’ Eu sempre falo que na época que eu trabalhava no ***, eu fiz 2 pré-natal de alto risco, ninguém me falou, nem isso, que existia um pré-natal de alto risco. Então eu acho que é um negócio que fica muito perdido (Participante 15 - p. 3).*

Foi relatada a dificuldade que os funcionários da AB tem de comunicar os pacientes que as consultas foram agendadas. Referem mudança contínua dos telefones de contato dos pacientes ou falta de comunicação pelos aparelhos estarem desligados ou fora da área de serviço. Isso causa retrabalho na busca ativa para a passagem da informação ou perda de vagas. Sugerem uso de mensagens tipo sms como já utilizada em outros serviços:

Mandar mensagem. Do AME eu vejo que funciona muito! Eles vão sempre no posto falando que recebeu a mensagem e muitas vezes a gente não tinha conseguido avisar (Participante 24 – p. 30).

AME é o Ambulatório Médico de Especialidades da cidade vizinha, Américo Brasiliense.

c) **A gestão da fila e a avaliação de risco:**

Para uma assistência à saúde adequada é necessária, quando existente a demanda reprimida, gestão da fila com a criteriosa avaliação de risco dos pacientes a fim de oferecer acesso aos serviços de saúde de forma equânime e que proporcione a continuidade do cuidado. O município de Araraquara apresenta algumas dificuldades de atendimento de sua população no que tange a algumas especialidades e alguns exames, segundo informações dadas pelos participantes:

Reumatologia e Urologia, têm uma demanda grande e poucos profissionais (Participante 3- p. 4).

Eu acho que ginecologia também tá meio perdido. Se é caso de câncer, a gente tem onde encaminhar. Se não for caso de câncer, você fica meio largado, manda pra UBS DIU)... A gente não tem onde encaminhar situações benignas. Tá parado o negócio, tá muito difícil de encaminhar (Participante 2 – p. 4).

Ecocardiograma, por exemplo, é um ano, um ano e meio... Ultrassom transvaginal (Participante 3 - p. 21).

Psiquiatria (Participante 1 – p. 21).

Neurologia (Participante 2 – p. 21).

Eco, eletroneuromiografia, eletroencefalograma (Participante 3 – p. 22).

Endoscopia, colonoscopia demora (Participante 2 – p. 22).

Em relação a ortopedia, a média que eu percebo é mais de seis meses pra conseguir uma vaga, quando passa pra Regulação, né?! E em oftalmologia, em geral eles não regulam muito, mas fica numa lista de espera aí, que demora bastante... é quase um ano... Raio-X pra agendar leva um mês... O maior engasgo nosso mesmo é o encaminhamento mesmo, especialidade, né?! (Participante 10 – p. 1).

Ultrassonografia, um exame de maior complexidade, esse vai demorar! (Participante 11 – p. 2).

Exame rotineiro de um ultrassom obstétrico (Participante 12 – p. 4).

Casos de infertilidades... Tratamento e cirurgia ginecológica. Nesses casos, às vezes te devolvem o paciente com o mesmo problema (Participante 12 – p. 5).

Eletrocardiograma (Participante 21 – p. 1).

*Oftalmo, Mamografia e ECG... Com relação a Mamografia o problema está sendo... seios grandes e idade menor que 49 anos... seios grandes, no IMA, a máquina ainda não foi consertada, faz mais de um ano e meio, e aí lá só faz mamas pequenas. Então mamas grandes precisam ser agendadas no AME. No AME é liberado 5 vagas no mês, pelo menos a minha Unidade, e tipo, só o Dr *** ele faz 5 guias de mamografia por dia!.. Então a gente tá com uma lista de espera de abril de 2016 (entrevista em 20/07/17). Agora Oftalmo a gente estava com 207 na fila de pendência (Participante 24 – p. 6).*

Tenho um problema com os exames também, um estudo urodinâmico para eu poder encaminhar pra uroginecologia é muito demorado. Quando é feito e o uroginco precisa desse exame pra ele poder fazer um diagnóstico diferencial e ver se é necessário fazer a operação, ou se vai partir pra fisioterapia, demora muito... (Participante 17 - p. 1).

Pensando nessa problemática, servidores esboçam suas opiniões de quanto tempo seria possível esperar por esses atendimentos:

Urgente é urgente mesmo! É amanhã! (Participante 11 – p. 12).

Urgente é SAMU e Pronto-socorro, né?! (Participante 12 - p. 12).

Em casos de oftalmo, uma refração, óculos, qual a urgência dela? ‘Ó, ela não consegue estudar’, É essa a urgência! Ela tá indo mal na escola!... O glaucoma tem que ser algo imediato, né? (Participante 10 – p. 13).

Quem tem que resolver tempo de agendamento é a Regulação com a Especialidade. Ao meu ver é isso! Ele tem uma lista assim de encaminhamentos, ele tem que ver com o médico que vai atender, se tá sozinho, se vai demorar... ‘Ó, se leva quanto tempo para resolver isso?’ Ele

que vai te falar, se ele falar 'Não, esse aqui passa pra seis meses que não vou resolver agora; não, esse pode trazer amanhã que eu vou resolver!'... Tem que ser uma coisa em conjunto. Não é só o médico sentar e decidir, quem tá na Regulação também sabe a gravidade (Participante 10 – p. 14).

Em casos extremos assim, eu já entro em contato direto com eles lá (Participante 8 – p. 8).

Há casos, por exemplo de descompensação que internou, veio mais ou menos compensado, a gente vai fazer o encaminhamento no posto e não precisa de tanta urgência pro especialista... É assim, tem vezes que preciso para ontem, às vezes na semana que vem, 10 dias no máximo e eu consegui... Se você precisar mesmo, liga! Porque você ligando, a explicação... o que eu falo, né, fica mais fácil da pessoa entender a necessidade... Não é toda semana que a gente manda paciente com essa necessidade (Participante 6 – p. 9).

Em casos mais graves, até 30 dias. Agora se for uma urgência, quem tem que rever isso daí é a UPA, aí a UPA teria alguém para resolver este problema. Para especialidade não seria urgente, colocaria 'prioridade'. Nesses casos de prioridade daria para até uns 10 dias (Participante 14 - p. 7).

Para casos de prioridade, no máximo 15 dias (Participante 13 - p. 7).

Os exames de imagem são os mais demorados... a mamografia em geral, demora de a gente pedir pra ver o resultado, de 2 a 3 meses, às vezes um pouco mais. Ultrassom de mamas e ultrassom transvaginal, eu até me esqueço que pedi, de tanto tempo que demora. Densitometria óssea já teve um tempo que demorou bastante, agora não! Agora ta meio que equiparado com a mamografia, 4 ou 5 meses (Participante 15 - p. 1).

E também, quando você coloca 'urgente' no pedido de transvaginal, demora no mínimo 15 dias para fazer o exame (Participante 18 - p. 1).

Uma mamografia alterada, birads 0, que precisa de complemento, pra complementar com o ultrassom, isso vai demorar! Mama mais que transvaginal eu acho (Participante 15 - p. 2).

O tempo de espera para alguns agendamentos é superior ao 'prazo de validade' da solicitação estipulado pela Secretaria. Não há critério de tempo diferencial de acordo com a solicitação. Utiliza-se o mesmo prazo, acarretando em demanda de retorno da guia ainda pendente para nova avaliação, utilizando vaga de consulta médica, gerando atendimento de 'pré', de 'pós', multiplicando ações para um mesmo fim em um prazo maior (Participante 4 - p.2).

Isso é regrado. Depois da gestão de saúde suplementar, o SUS hoje é um plano como outro qualquer... um exame complementar ele tem que ser autorizado... e feito em até 14 dias úteis. Uma consulta com um especialista ela tem que ser agendada em até 21 dias úteis. Então isso é aceitável! Se o meu diagnóstico fecha que o meu paciente não pode esperar, eu decreto uma emergência, ou uma urgência, e ele não deve ficar esperando em regime ambulatorial (Participante 16 - p. 2)

d) A escuta qualificada:

A escuta qualificada é uma prática necessária em todo atendimento oferecido aos pacientes para garantir a criação de vínculo com os profissionais.

Nas discussões durante a coleta dos dados, foi evidenciada a importância que os agentes administrativos tem no atendimento dos pacientes, uma vez que lidam com o agendamento de suas demandas e também com suas angústias. Por vezes lhes faltam competência técnica para conduzir a conversa e esclarecer dúvidas básicas da população. Porém, notou-se que ao fazer escuta qualificada das demandas esse problema diminui e de alguma forma conseguem oferecer ajuda:

Quando preciso, peço ajuda para as enfermeiras (Participante 24 – p. 21).

Eu tenho muita dificuldade em saber se o paciente precisa ou se o paciente está dando um 'migué'. Eu tenho esta dificuldade, eu demoro, então eu preciso de ajuda! Eu não consigo. Tem termos técnicos que eu não entendo. Tem exames que eu nem faço ideia de como é feito. Às vezes o paciente fala que tá doendo 'aqui', eu nem sei como chama isso! (Participante 24 – p. 20).

Os agentes administrativos enfrentam outros desafios porque em alguns casos eles precisam avaliar o que de fato parece ser uma necessidade clínica do paciente ou um desejo seu de ser agendado com prioridade:

Veio um paciente aqui, o doutor não pediu urgência. Ele tem uma hérnia. O doutor falou que provavelmente vai encarcerar. Mas conversando com ele, ele sofreu um acidente de trabalho. Ele quer se afastar, quer agendar para ontem. Eu fico aqui à tarde muitas vezes sem enfermeira e as meninas mandam ele vir conversar comigo. Eu não tenho o que fazer, mando ir na Ouvidoria sim! 'Olha, quer passar com o doutor de novo?' 'Não, o doutor já encaminhou eu para cirurgia geral'... O que eu vou fazer? Ele tem medo de perder o emprego, o que eu vou fazer? Eu mando para a Ouvidoria sim! (Participante 23 – p. 17).

Então, passa com as meninas e depois elas discutem com o enfermeiro a importância, se procede, se às vezes é coisa do paciente. Aí elas que vão ver a necessidade, se tem que ligar na Secretaria. Em nenhum momento a gente manda para a Secretaria. Porque a gente sabe que vai chegar lá e não vai resolver. Eles realmente mandam vir para o posto (Participante 20 – p. 17).

Porém, houve registro de mesmo sem saber do que se tratava, o participante se disponibilizou a ajudar:

Passam na pós-consulta, a guia fica lá na caixinha de consulta. As pessoas param lá na recepção e falam, depois da consulta, que é urgente e se eu vejo

que não está anotado isso eu aviso que não tenho competência pra isso e falo: 'Você quer falar com a enfermeira? Com a técnica? A minha parte é administrativa, você tem desejo de falar com alguém?'... Porque a gente não é habilitado para saber o que é urgência e o que não é... Mas às vezes a pessoa chega lá carregada, então você sabe que ela está com problema. Aí você manda um e-mail, liga lá, tenta uma vaga (Participante 22 – p. 21).

Contudo essa não é uma conduta padronizada, houve um registro também de que o participante se recusou a ouvir o problema:

Mas como assim você tem dificuldade para saber se é uma urgência? Porque eu procuro não me envolver. Porque se o doutor não colocou na guia que é urgência, para mim não me interessa! Eu não vou me envolver! O que eu posso fazer é mandar ele vir amanhã numa vaga de urgência (Participante 23 – p. 21).

Houve certo delineamento sobre o vínculo que as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) consegue estabelecer em comparação com o das equipes de Unidade Básica de Saúde. Os participantes destacam que nas Unidades de ESF o vínculo é maior, o que acaba por facilitar as relações de comunicação da equipe com o paciente e sua família e também da equipe com o NR:

Porque como a gente lida muito diretamente com eles, eles confiam no que a gente fala. É mais ou menos assim, 'não, tudo bem, você tá me falando que dá pra eu esperar, eu espero. Mas se eu precisar, você vai?'. Então tem essa confiança (Participante 2 – p. 9).

Mas tem alguns detalhes, a gente pega muita coisa do agente comunitário, que conhece o redor da pessoa, acaba sendo mais rico por conta de outros fatores que a gente sabe (Participante 2 – p. 13).

Lá no meu posto é bem diferente a realidade delas porque é PSF, né? Então a gente já tem uma demanda menor, e lá tanto a médica quanto a enfermeira são bem acessíveis. Então quando tem alguma urgência, alguma prioridade, a própria médica trata do assunto... Já aconteceu de a própria médica conseguir a vaga para a paciente (Participante 21 – p. 19).

Penso que na Unidade Saúde da Família, a proximidade é maior. Então eu acho que a gente tá mais em contato com esses encaminhamentos do que nos CMS's. Até pelo volume mesmo, a gente acaba tendo esse contato maior (Participante 3 - p. 4).

Eu acho que é muito mais fácil esse contato com o profissional, de resolver essas coisas que ele não se adequou, de repente, ao protocolo, mas que ele aceita de uma forma natural. Ele sabe que existe, que ele vai ter que readequar (Participante 3 - p. 5).

E lá como tem essa proximidade, muitas vezes a gente até sabe, nos parece que não é uma coisa assim tão prioritária. Aí a gente tem que estar realmente conversando, explicando (Participante 3 – p. 8).

As ACS's verificam as guias agendadas, se tem algo que é da área delas, anotam numa lista que elas estão levando, que ficam com elas e elas se responsabilizam por essas guias que estão levando (Participante 24 – p. 6).

Ao discursarem sobre o sistema de agendamento de consultas e exames, os participantes da pesquisa contam sobre alguns ajustes já realizados relacionados a organização burocrática do sistema.

Baseados pela Política Nacional de Regulação (BRASIL, 2008), o município possui um sistema de agendamento centralizado num NR, que possui um médico regulador e uma equipe treinada para executar essa tarefa com discernimento, garantindo que os pacientes sejam agendados pela sua necessidade clínica e não por simples ordem cronológica das guias ou interesse pessoal (do agendador ou do paciente).

Contam com satisfação, por exemplo, sobre a facilidade que eles tem tido quando precisam entrar em contato com o NR em decorrência da necessidade de obtenção de informações básicas ou mesmo para a discussão de casos para tentativa de priorização. Nesses casos, exaltam que muitas vezes conseguem a vaga e que essa facilidade tem efeito protetor tanto para os funcionários quanto para os pacientes debilitados que aguardam por uma vaga.

Quando reclamam de dificuldades relacionam com mudanças freqüentes de fluxos de agendamento de certas instituições de saúde, que o agendamento ainda é feito pela própria Unidade ou pelo próprio paciente. Explicam que isso além de causar confusão para os trabalhadores por não receberem a informação, pode ocasionar em prejuízo aos pacientes, na demora do agendamento.

Sobre o uso de prontuário eletrônico, sugerem a instituição e enumeram suas vantagens: cessaria o problema de não entendimento de letra de alguns profissionais, diminuiria a chance de ocorrência de falhas na comunicação e agilizaria todo o processo de agendamento, uma vez que é possível ter a informação em qualquer unidade de saúde em tempo real. Outra vantagem alegada é que cessaria o problema de extravio de guias, que ainda são transportadas via malote.

Os profissionais citam dificuldade em utilizar três sistemas de informação para o cadastro dos pacientes, lançamento em ficha pendente e agendamento (citam o FAA, Saúde Simples e CROSS). Sugerem a existência de um sistema que seja prático e capaz de unir todas as funções. Isso agilizaria o trabalho e garantiria o registro de informações de forma padrão para todas as Unidades.

Ainda nesse aspecto, sugerem a revisão da distribuição das vagas, que hoje são feitas por intermédio das cotas e bolsões. Acreditam que os bolsões, prática desregulada de oferecimento de vagas, não proporcionam assistência equânime, uma vez que é permitido ao agendador fazer uso de quantas vagas estiverem disponíveis no momento de sua conexão.

Também nessa semântica, os trabalhadores lembram a existência de queixas na ouvidoria, pela mídia local ou por intermédio de assistentes políticos, que solicitam vagas, mesmo para casos que não demandam prioridade e muitas vezes são atendidas. Pedem por melhor avaliação dos casos e que a gestão da fila sirva para todos os indivíduos.

Lembram a necessidade de haver treinamento a todos os funcionários que ingressam na Prefeitura, para poderem entender com mais rapidez como funciona a lógica da organização das instituições de saúde e como podem colaborar com o funcionamento adequado de suas regras.

Outro ponto que foi destacado é a importância do oferecimento aos pacientes de uma escuta qualificada. Há destaque, inclusive, de isso haver com mais frequência nas equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF), onde as equipes e a população atendidas são menores, garantindo maior vínculo com o profissional.

Em um estudo na ocorrido na cidade de Florianópolis (SC), Conill (2002) encontrou evidências que apontam essa discreta superioridade da ESF em comparação às Unidades Básicas de Saúde, em razão da incorporação de práticas de territorialização, de maior vínculo, de envolvimento comunitário e de acompanhamento de prioridades programáticas.

Mas também, cita um servidor de uma Unidade Básica de Saúde que isso também pode ser oferecido em unidades maiores, quando o profissional se sente capaz e empenhado em realizar sua função. Assuntos esses que poderiam ser tratados e treinados em EPS.

E por fim, destacam as especialidades e exames que têm maior demanda e se os pacientes tem dificuldade para acessá-los.

A Secretaria de Saúde, no contexto sócio-econômico do município, tem priorizado ações que se baseiam nas necessidades de saúde da população e no conceito de modelos de atenção à saúde. Paim (1999) esclarece que modelos de atenção à saúde são combinações tecnológicas estruturadas para a resolução de problemas de saúde e Podem ser concebidos por meio de normas, padrões e referências para o campo técnico-científico, para orientar escolhas técnicas, decisões políticas e financiamentos. São as formas de organização tecnológica do

processo de prestação de serviços de saúde que resultam do estabelecimento de intermediações entre o técnico e o político.

III. O USO DE PROTOCOLOS PARA A AVALIAÇÃO CLÍNICA DO PACIENTE:

O município de Araraquara, assim como Ribeirão Preto, outra cidade do interior paulista, também faz uso de protocolos para a avaliação de seus pacientes (FERREIRA ET al, 2010).

São os critérios de agendamento, de encaminhamento pra especialidade médica. Por exemplo, a pessoa tem dor de cabeça: antes de ter Regulação, o médico já mandava pra neurologia... Agora não, eles protocolam o que você tem que fazer. Você trata de tal maneira, você faz isso, isso, isso. Não deu resultado? Então você manda! (Participante 2 - p. 2).

É segurança de todos, é segurança do paciente que tá sendo bem conduzido pra sua doença, o que você não conhece, você não tá errando, você tá sendo omissa, por desconhecimento (Participante 11 - p. 11).

a) **A elaboração dos protocolos:**

O município de Araraquara, há aproximadamente 3 anos teve sua rotina do sistema de agendamento alterada quando um coordenador da AB, diante de uma história de demandas reprimidas, ratificou a necessidade de rever o processo de agendamento da cidade, incentivando o uso de protocolos:

Ele era da Coordenação. Aí tinha uma fila de espera muito grande pros agendamentos de exames e especialidade, aí ele começou a elaborar esses protocolos, pra tentar minimizar essa fila (Participante 2 - p. 2).

Junto de alguns outros profissionais da Secretaria Municipal de Saúde, elaboraram os próprios protocolos de encaminhamentos às especialidades, baseando-se na rotina já existente do município e nos protocolos nacionais da Atenção Básica:

Elaboraram junto com o profissional. Porque, por exemplo, ele, junto com o neurologista que tinha essas demandas, sentaram e verificaram quais eram as principais queixas que eram encaminhadas mais freqüentes (Participante 3 - p. 3).

Porém, há servidores que ainda desconhecem os protocolos e tem resistência ao uso por não se sentirem participantes em sua construção ou não entendem sua lógica:

Quem fez esse protocolo? Quem vai me respaldar que esse paciente não precisa de neuro, se eu acho que precisa de neuro? Eu vou falar quem falou que não precisa’ (Participante 1 – p. 6).

Porque aqui, eles mostram por A mais B que não está certo o protocolo (Participante 23 – p. 23).

Tenho um médico que pra ele, a conduta é dele, é inquestionável a solicitação dele, porque ele como médico tá vendo, então ele não tem que se adequar a protocolo algum (Participante 1 - p. 1).

Tem uns que eles brigam, brigam mesmo, são super mal educados, que eles não vão aderir a protocolo nenhum, ‘ou faz assim ou se o paciente morrer, a culpa vai ser da Regulação’... (Participante 19 – p. 4).

Às vezes vem uns absurdos negando o atendimento, né?! E volta porque você não escreveu o que já tratou, tem coisa que se não tem que tratar nada ali... ‘descreve a lesão’, por exemplo, se encaminha uma verruga pro dermatologista, ‘não colocou o tempo da lesão’. Vai fazer alguma diferença? (Participante 11 – p. 3).

Tem umas coisas que te deixa muito irritado, né?! Um encaminhamento, fimose, ele queria que eu descrevesse a lesão, desculpa, eu desenhei um órgão genital, porque não é possível, a pessoa queria que eu fizesse o que com a fimose? (Participante 11 – p. 3).

Pelo o que eu vejo de alguns protocolos, eles fazem muito gerais, eles são muito abertos, não dá pra entender, eu mesmo fico na dúvida... eu posso ou não posso?... Eu fico pensando, por que ele pediu esse exame? Parece que não tem uma certa lógica alguns protocolos (Participante 12 – p. 10).

Você pede alguma coisa, ‘Não, tem que ter aquilo!’, aí você faz, ‘Não! Tem que ter aquilo!’. Você só pode encaminhar pro otorrino se tiver audiometria, só que você não pode pedir audiometria! Você tem que encaminhar pro Otorrino, pra ele pedir! (Participante 6 e 8 – p. 7).

Encaminhei um paciente pro CORA... coloquei resultado de exame, tudo certinho. Mande pro CORA, ele falou que precisa pedir pro Urologista. Aí mandei pro Urologista, falou que eu precisava mandar pro CORA (Participante 7 – p. 7).

Ele não concorda, por exemplo, pra gastrocirurgia, você tem que fazer o eletro, TTPA, hemograma, um raio-x de tórax... os pré-operatórios. E vai pra agendar pra daqui dois anos. Então ele fala, ‘por que eu vou pôr esse gasto agora?’ (Participante 1 – p. 6).

O de Papanicolaou alterado e colposcopia, existe um protocolo deles que é muito rigoroso, às vezes a pessoa tem um exame de Papanicolaou e ela demora, ou perde o retorno, e quando ela retorna, ela perde o Papa, fica vencido, aí tem que colher de novo e isso retarda o andamento do tratamento, do diagnóstico, da conduta dele lá... Então se o exame está

alterado e você colheu o exame faz uns 4 meses, aí você tem que fazer de novo? Então existe esse rigor demais também em alguns protocolos (Participante 12 – p. 10).

Essas citações remetem a falta de pactuação entre todos os níveis de cuidado e a verticalidade nas decisões.

Os participantes afirmam, diante dessas dificuldades, a necessidade de precisarem participar desses momentos de construção e que ela deve ser feita de forma coletiva, justificando, inclusive a existência de outras formas de avaliação:

A gente tem que ter o direito de opinar (Participante 13, p. 11).

Cadê as reuniões que tem que ter? Faz muitos anos que não tem. Precisa ter reunião com os funcionários da Regulação, para sabermos com quem podemos contar quando houver dúvidas (Participante 14 - p. 11 e 12).

Porque aqui tem alguns protocolos que são baseados no Ministério da Saúde, era um ginecologista, e ele considerava o protocolo da FEBRASGO, que tinha alguma diferença (Participante 2 - p. 6).

Primeiro que eles fizessem um protocolo baseado não no Ministério da Saúde, mas as nossas necessidades! Os protocolos muitas vezes são distantes da realidade de Araraquara (Participante 13 - p. 10).

b) A instituição dos protocolos:

A instituição do uso dos protocolos tem como intuito ofertar subsídios para a avaliação clínica dos pacientes. Porém, alguns trabalhadores acreditam que essa prática fora impositiva ou arbitrária:

Esse meu médico fala que foi imposto (Participante 1 – p.6).

Faz 5 anos que não há um contato com a gente... é impositivo, arbitrário e muda... eles trazem um médico que não conhece o município, são cargos comissionados, ele implanta e o médico vai embora, mas os papéis ficam (Participante 16 - p. 4).

Não tivemos acesso ao protocolo. Foi a agente administrativa que falou que existia um protocolo. Mas também, é um protocolo antigo, 3 ou 4 anos (Participante 18 - p. 4).

Outros trabalhadores, a fim de sugerir como deve ser instituído o uso de protocolos na rotina de trabalho ressaltam a importância da discussão dos casos com todas as partes envolvidas, ou seja, o NR, médicos especialistas e principalmente os profissionais da AB, justificando serem estes os profissionais que têm contato direto com o paciente e sabem como conseguem realmente avaliá-los com os recursos disponíveis nas Unidades de Saúde:

Protocolo não pode ser de cima para baixo, protocolo tem que ser de baixo para cima (Participante 14 - p. 11).

Tem que discutir em conjunto, a Rede Básica e a Especializada (Participante 12 – p. 10).

É preciso reunir com quem tá trabalhando aqui na ponta, quem tá com a população, quem tá sentindo a necessidade! (Participante 13 - p. 11).

Nega isso, nega aquilo! Mas ninguém apresentou! Falou assim: tem que fazer isso, isso e isso (Participante 17 - p. 5).

Para facilitar o uso dos protocolos houve solicitação de disponibilizá-los de forma impressa para cada consultório devido a dificuldade de acesso via eletrônica, como foi feito:

Não adianta o protocolo tá no computador na sala da enfermeira, eu não vou levantar da mesa e eu não vou saber protocolo de cor né?! Protocolo tem que ter uma pastinha na gaveta, né?! Pra abrir e acessar! (Participante 11 - p. 9).

Tem que estar impresso, tem que ter de todas as especialidades, de todos os protocolos, e ser entregue um manual de todas as especialidades para todos os médicos da rede, pra conversar a mesma conversa (Participante 11 – p. 9).

Um servidor do NR confirma o envio dos protocolos por e-mail. Relata a dificuldade de ter as solicitações cumpridas pelos médicos, mesmo quando a reorientação foi feita via impressa:

Enviamos os protocolos, todos por e-mail, mas às vezes a gente pedia pra que adequasse conforme os protocolos, eu tive que fazer isso diversas vezes... aí eu comecei a anexar o protocolo, eu grampeava o protocolo... alguns voltavam ainda do mesmo jeito com o protocolo anexado! (Participante 5 – p. 4).

O uso de protocolos para alguns servidores é importante e significativo. Assim, sugerem como deve ser feita também uma avaliação pós elaboração e instituição deles, a fim de aprimorá-los e adequar a rotina de trabalho das Unidades de Saúde e do NR:

Sabe o que tem que fazer? Primeiramente usar esse protocolo... passa um período de tempo X, aí você vai vendo aonde tá tendo as coisas... aí você coloca, ‘estamos tendo estas dúvidas com esses departamentos’... você tem começar a usar o que ele tá pedindo e depois pra falar ‘ó, não tá funcionando, ó, não tá dando tendo resultado’ (Participante 11 – p. 11).

Aí eles vão falar o que deu certo e o que não deu certo, aí o que não deu certo vai ter um segundo plano, aí você avança naquele protocolo, porque às vezes você fica naquele protocolo básico, e muitos até querem ir além, mas não vão, porque o protocolo também é restrito, né?! (Participante 10 – p. 11).

Porém, os próprios funcionários assumem a fragilidade da instituição dos protocolos e a comunicação de suas eventuais mudanças:

Informações de mudanças são enviadas via e-mail e embora haja praticidade em alcançar o objetivo de informar as unidades em prazo curto e em um único informe, temos impasses que devem ser levados em consideração ao acesso a estas informações como possibilidade de falta de conexão a internet, falta de energia, acesso ao e-mail, exclusão do e-mail..., não há registro oficial de acesso a esta informação (Participante 4 - p. 2).

O nosso maior meio de comunicação com as equipes é via e-mail, só que quando a gente dispara e-mail pra rede, muitas vezes eles ligam perguntando, porque eles não entenderam. Muitas vezes porque eles não leram direito ou muitas vezes porque eles nem leram o e-mail (Participante 19 - p. 3).

a) O uso dos protocolos auxilia a avaliação clínica:

Alguns servidores concordam que o uso dos protocolos tem contribuído positivamente para a avaliação dos pacientes. Justificam que a avaliação se tornou mais qualificada e mais exigente no que tange aos cuidados médicos, porque, afirmam, já terem vivenciado limitações na abordagem clínica:

É você mostrar de alguma maneira que você tentou tratar lá (na AB). Porque tem situação que eu já vi, por exemplo, a pessoa aparece com dor de garganta, o cara encaminha pro otorrino. Nem abriu a boca da pessoa! (Participante 2 - p. 3).

Uma das coisas que foi estabelecida é que, no mínimo, tem que tá seguindo com isso: hipótese diagnóstica, sinais e sintomas; o tratamento que já foi estabelecido, de uma forma geral (Participante 3 - p. 3).

Nessa lógica, há profissional que inclusive relata o seu próprio aperfeiçoamento, interferindo na qualidade de seu atendimento, proporcionando benefício para o paciente e possível diminuição da demanda por especialista:

*O *** (médico neurologista) fez um protocolo... dor de cabeça... ele fez um protocolozinho de enxaqueca ótimo, eu tenho seguido o protocolo e tenho visto resultado! Isso é ótimo, facilita muito, desafoga a Rede! (Participante 11 - p. 9).*

b) A flexibilização do cuidado:

O uso de protocolos conduz como deve ser feita a avaliação e tratamento de algumas patologias, porém há necessidade de atentar-se para casos específicos que precisam ter seu percurso alterado para beneficiar o paciente e protegê-lo, respeitando suas necessidades de saúde e a singularidade do seu cuidado. Porém houve relatos de trabalhadores que tiveram dificuldade de flexibilizar o cuidado de seus pacientes:

Eu tive um caso, mas por fim deu certo, eu tive apoio de um superior, e a gente agiu escondido da Regulação. E com o apoio da Gota. Eu tive uma gestante que ela perdeu um bebê com 20 semanas e já foi diagnosticado que ela tinha incompetência istmo-cervical na primeira perda. O certo seria fazer cerclagem com 12 semana pra ela continuar a gestação. Só que pelo protocolo, ela teria que ter três perdas. Ela me aparece grávida pela segunda vez... Aí eu liguei na Regulação, falei que estava mandando, e ele falou que não porque ela não tinha perdido três. Eu falei, 'não, mas ela já tem diagnóstico', 'mas é uma questão de protocolo', eu falei, 'é uma questão de ética'. Por fim, não passou. Mas meu superior, na época, se sensibilizou, falou, 'não, não tem sentido', ela internou como urgência na Gota, fez a cerclagem e acabou acompanhando pelo médico da Gota, porque tem um serviço de final de gestação, então eles cuidaram dela. A gente tentou encaminhar pra alto risco, a Regulação não deixou porque não era caso de alto risco, mas nem sabiam que tinha cerclagem. Enfim. Aí a gente fez tudo por baixo dos panos, deu certo, a nenê nasceu, tá linda (Participante 2 – p. 12).

Entrou uma paciente sangrando, fazendo rastro no chão... eu examinei, verifiquei o sangramento, é uma intervenção imediata, idade avançada, mais de 40 anos, útero com aumento de volume, gravidez ou mioma com hemorragia? Mas eu preciso de uma conduta agora, tá sangrando, então eu preciso de agora de um hemograma e um ultrassom e um teste de gravidez!... Saiu correndo pra ir pro Pronto-Socorro, do Pronto-Socorro pra Santa Casa, fez o ultrassom, constatou gravidez e foi mandada de volta pra mim! Sendo que ela estava grávida, entendeu? Ela voltou comigo! Fiz encaminhamento pra Gota de Leite, que é a Maternidade, ou seja, ela saiu de um serviço de Pronto-socorro, que era um serviço dela, de fazer o atendimento para aquela situação, fez o ultrassom na Santa Casa, aí ela saiu da Santa Casa com o exame na mão e voltou pra Unidade Básica, sendo que ela teria que ir ou pro Ponto-Socorro, ou sair do Ultrassom e ir pra Gota de Leite, ela me volta no atendimento ambulatorial no dia seguinte! Qual é a emergência e urgência nisso?! (Participante 12 – p. 12).

Há casos também que os próprios pacientes desejam mudar a conduta médica por interesses pessoais.

É, na Pediatria, o desejo da mãe tem determinado peso. Aí, depende inclusive do nível cultural dela. Às vezes, a ignorância é tamanha, que você não consegue! Por mais argumentação técnica que você tenha, que você sabe que não há necessidade, você não consegue convencer! Você acaba

ganhando uma inimiga... e às vezes sendo agredido até agredido verbalmente por causa disso (Participante 11 – p. 7).

Hoje mesmo tinha um caso assim, eu encaminhei ela pro cardiologista... e ela quis passar no AME, não sei... ela com as razões dela, e eu acho que ela tá certo mesmo. E eu encaminhei ela pro AME... aí eu fiquei pensando assim: ‘ela pode fazer isso?’ Eu acho que ela pode, se ela quer passar no cardiologista daquele lugar, se ela já passou no outro e não gostou, se o serviço oferece esta disponibilidade eu não sei porque negar isso... eu sou bem aberto a isso (Participante 10 - p. 7).

Mas é falta de confiança mesmo, a pessoa acha que indo pro especialista ele vai ser melhor atendido, ele vai ter um melhor resultado (Participante 11 – p. 8).

A vontade do paciente não é determinante, né?! Se eu vejo que realmente ele tem a necessidade, eu vejo a indicação, a gente encaminha. Mas à vezes, não é o correto, não é certo, mas pra evitar fadiga... você faz (Participante 6 – p. 5).

Eu tenho problema com uma única coisa, que é o bendito PSA, isso eu não consegui convencê-los ainda que não é necessário... eu explico qual é a validade e inutilidade do exame, mas acaba fazendo a vontade deles! (Participante 7 – p. 5).

O pediatra também! O único que eles querem encaminhar certo é o oftalmologista! (Participante 14 - p. 8).

Eu escrevo no prontuário: ‘eu ofereço o tratamento, o paciente se recusa, quer o especialista, ponto! A mesma escritura eu vou colocar no encaminhamento, paciente se recusa ao meu atendimento e exige especialista (Participante 6 - p. 3).

Um GO e um clínico geral seguem regras e protocolos doutrinadamente e os outros dois se deixam levar por apelos sociais, considerando a solicitação do paciente, que constantemente vem à UBS já com um roteiro de pedidos estabelecido e para satisfazer o desejo do paciente e promover uma resolução imediata da queixa recebida, realiza a solicitação. Em minha percepção, avalio estas situações não como atendimento humanizado através da escuta à queixa, pois me deparo com solicitações realizadas que basearam-se na queixa verbal e pedido do paciente, sem consistência clínica e fora de protocolos estabelecidos pelo município ou mesmo pelo MS, gerando impasses, pois em algum momento esta solicitação tem seu fluxo interrompido e toda a orientação e esclarecimento que deveria ter sido realizada no momento da solicitação em consulta médica resulta em estresse do paciente e conflitos com a equipe de enfermagem e administrativa ou agendamento, pois criou-se uma expectativa e a crença de que seu pedido foi atendido e aguardava a data de consulta ou atendimento. Exemplo simples e freqüente é encaminhamento para laqueadura, onde temos protocolo do MS a seguir e constantemente nos é encaminhado a ficha preenchida pelo médico, sem possuir requisitos mínimos (Participante 4 - p. 1).

O médico anterior ainda colocava ‘a pedido’ e fazia um bom tempo que ele estava na Prefeitura. Com o atual, ele é bem resolutivo (Participante 1 - p. 4).

Foi identificada em uma fala, o risco de ameaça ao médico examinador caso ele não seguisse a solicitação do paciente:

Pra exames um pouco menos, aí ele (o paciente) não escolhe muito, mas tem muita ameaça, né?! (Participante 17 - p. 3).

Mas certos de suas condutas, alguns médicos resistem ao desejo dos pacientes e a encaminhamentos desnecessários:

A mim não! Aí eu explico pra ele, ‘olha bem, não é do jeito que você está querendo’, eu trabalho com protocolos... eu simplesmente converso e explico que é nosso serviço (Participante 7 – p. 3).

Basicamente todo mundo entra aqui querendo ir para um especialista! Que no meu caso, clínico geral, não é médico! Então eles entram aqui e falam que precisam de ir num cardiologista, num ortopedista, ‘eu preciso de um reumato’. Eles nunca precisam de um clínico. Eles querem ir para um especialista! Daí eu falo ‘vamos conversar, vamos examinar’. Não é o que eles querem! Eu me baseio na suspeita, para aquela suspeita! (Participante 13 - p. 8).

O que a gente define como prioridade é se na clínica, se é compatível com o que ele quer ou não. Nem todo pedido é feito (Participante 18 - p. 3).

Quando é programático, não! (Participante 12 - p. 6).

Houve também exemplos de pacientes que confiam na conduta médica da AB e não desejam serem encaminhados à especialidade. Preferem continuar seu tratamento AB:

Com relação ao pré-natal tem uma interferência às vezes. Às vezes a referência de alto-risco, a paciente prefere seguir na Unidade Básica por comodidade, da proximidade da casa, pela facilidade, às vezes ela tem que se deslocar, gastar dinheiro com transporte e no ambulatório... então, às vezes, a pessoa opta por seguir na Unidade Básica... também às vezes porque ela acha que o atendimento de lá não foi a contento dela (Participante 12 - p. 6).

Eu tenho como exemplo uma paciente com infertilidade e morbidade obstétrica, que já evoluiu para sete abortos... ela era uma paciente que precisava de um atendimento terciário, como foi o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, que é a nossa referência... você pede pra paciente ir pra um local melhor pra tratamento, de referência, e às vezes a paciente insiste em ser atendida em um ambiente sem as condições básicas pra dar esse atendimento que ela precisa, que é de terceira complexidade (Participante 12 - p. 7).

O uso de protocolos para a avaliação clínica do paciente, segundo informações colhidas durante o estudo, foi a principal medida utilizada para iniciar as mudanças no processo de trabalho do sistema de agendamento de consultas e exames do município de Araraquara. Essa medida foi tomada para oferecer subsídios aos médicos para a avaliação do paciente e auxiliar na regulação do sistema, que sofria com demandas reprimidas de algumas especialidades e de exames complementares.

Esse uso, já previsto e incentivado pelo próprio Ministério da Saúde, a fim de qualificar a tomada de decisão do profissional durante sua consulta, se materializou nos protocolos denominados de Cadernos da Atenção Básica e foram distribuídos às Unidades de Saúde como suporte teórico e prático para os seus processos de trabalho. Alguns desses protocolos foram utilizados como base para a criação dos protocolos municipais. Porém, para alguns participantes, ficou a interrogação de como eles foram elaborados e instituídos no município.

A falta de conhecimento de sua origem pode sugerir não ter havido um processo formalizado da instituição. Afirmam alguns participantes também, que eles foram impostos. É por esse motivo que alguns profissionais tem resistência ao uso, pois dizem não se sentirem participantes dessa formação. Não se sentem permitidos em discuti-los nem de poderem oferecer subsídios para melhoria do projeto em si. Criticam a verticalidade das decisões. Explicam terem condições técnicas para opinarem se determinadas ações são possíveis de serem executadas na AB. Sobretudo, reconhecem que após o uso dos protocolos e a avaliação mais criteriosa dos pacientes, eles tem encaminhado menos pacientes aos especialistas.

Os trabalhadores se queixam de não terem tido de forma padronizada o acesso aos protocolos. Uns referem ter recebido por e-mail, outros sido comunicados por colegas de trabalho da equipe. Uns tiveram uma cópia impressa, porém feita pela própria equipe. Os trabalhadores reconhecem também a dificuldade de a Secretaria de Saúde imprimir os protocolos de todas as especialidades e distribuir para cada equipe, mas ainda assim, é unânime a opinião de que essa é a melhor forma de se ter acesso à eles. Justificam dizendo que muitas vezes ficam sem sistema de internet, dificultando seu acesso no e-mail, ou não terem microcomputadores em suas salas.

Quando discutiam sobre a necessidade de flexibilizar o cuidado, respeitando a necessidade de saúde individual e o desejo do paciente, alguns trabalhadores relataram dificuldade em ter a aceitação do NR para a realização do melhor tratamento. Um participante

inclusive assume ter agido, com a ciência de seu superior, com a razão e fora dos padrões estabelecidos. Nesse caso, o sucesso foi alcançado e uma vida se preservou.

Dessa forma, o que o município precisa atentar-se é que a flexibilização do cuidado é necessária devido a singularidade do cuidado, que respeita as necessidades individuais, previstas pelo princípio da equidade do SUS (BRASIL, 2010).

Como medida auxiliar e de apoio a essas situações a assistência em saúde pode contar com o Projeto Terapêutico Singular e a Clínica Ampliada, cuidados que são elaborados individualmente com estratégias específicas para cada paciente. Nesse processo, o envolvimento da responsabilidade do indivíduo nas decisões a serem tomadas é necessário a fim de garantir além da continuidade do cuidado, o vínculo com o profissional. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados (BRASIL, 2013).

Bandura (1986 *apud* Pajares; Olaz 2008) destaca também a importância de se analisar individualmente o comportamento humano frente às dificuldades da vida, pois afirma que a ação humana é secundária a inter-relação dinâmica entre influências pessoais, comportamentais e ambientais. As intervenções terapêuticas devem ser oferecidas, então, respeitando essas três influências.

O autor justifica também a importância de respeitar e relacionar o tratamento com o desejo do paciente: essa prática pode melhorar seus estados emocionais, quando se corrige suas autocrenças e hábitos negativos de pensamento; melhorando suas práticas autorregulatórias (BANDURA, 1986 *apud* PAJARES; OLAZ, 2008).

Como os indivíduos têm a capacidade de alterar seus próprios pensamentos e sentimentos, a promoção de crenças de auto-eficácia pode influenciar poderosamente os próprios estados fisiológicos (PAJARES; OLAZ, 2008).

Franco (2015) ainda destaca que o ato de cuidar não só depende do trabalhador e do usuário, mas também da capacidade de produção intercessora, de se produzirem nos afetos mútuos.

A gestão do cuidado, portanto, é imprescindível para que as necessidades de saúde do indivíduo sejam identificadas. Isso é possível por meio da escuta qualificada e do acolhimento em todo o processo de acompanhamento do paciente. As necessidades de saúde, por serem individuais, peculiares, subjetivas, podem sofrer mudanças durante todo o processo do cuidado, já que estão relacionadas com a qualidade de vida, nível social, cultural e como o indivíduo se reconhece no seu contexto de vida.

Os serviços de saúde, de forma geral, ainda apresentam dificuldades para identificar as necessidades de saúde dos diferentes grupos sociais (SANTO et al, 2012).

IV. A EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE:

a) A qualificação profissional:

A Educação Permanente em Saúde (EPS) é vista pelos servidores como um meio de atualização e qualificação profissional possível de ser executado para trazer benefícios à prática:

Devia ter uma integração contínua (Participante 21 – p. 30).

Precisava marcar um dia de reunião como reciclagem, para lembrar. Tem coisa que não usamos sempre e acabamos esquecendo (Participante 24 – p. 30).

Enfatizam a qualidade do serviço prestado, que pode ser melhorado com a EPS:

Tem termos técnicos que eu não entendo. Tem exames que eu nem faço ideia de como é feito. Às vezes o paciente fala que tá doendo 'aqui', eu nem sei como chama isso! Seria legal, em uma semana, três dias de curso, pegar os agentes administrativos e explicar como faz. Os pacientes não sabem nem como chamam esses exames. Endoscopia, eu nunca fiz endoscopia! Eu não sei como faz e as pessoas às vezes se queixam de medo e me perguntam como faz. Às vezes já está agendado e eles vão lá me perguntar... Normalmente eu direciono para a Enfermagem (Participante 24 – p. 20 e 21).

Essa fala remete a incapacidade do participante de explicar e orientar adequadamente o paciente em relação àquela consulta ou exame que será feito. Ele assume a necessidade de intervenção da enfermagem para ajudá-lo, mas clama por ajuda quando percebe que pode entender mais sobre os procedimentos que agenda e conseqüentemente tranquilizar os pacientes.

b) A melhora nos mecanismos de comunicação e no perfil relacional:

Para alguns profissionais, a EPS ativa e o uso do Matriciamento favorecem a relação dos trabalhadores, já que além de se qualificarem e obterem recursos para discussão dos casos, têm encontros que favorecem os ajustes de conduta. O que evitaria, por exemplo, dificuldades de relação com profissionais que atuam em outros pontos da rede, como citado a seguir:

Precisa ter uma melhor interação com a UPA. Eu fiquei indignada essa semana. Foram 3 cartas de encaminhamentos meus, pra paciente internar e um do cardiologista. O paciente foi liberado as quatro vezes, né?!... Ele passa mal todo dia e essa situação é bem complicada... E os encaminhamentos, né?! Todo dia tem uma cartinha (da UPA) pra encaminhar pro Otorrino, encaminhar pro Cardiologista (Participante 8 – p. 12).

Isso eu acho muito desagradável, essas cartinhas... Porque não é ele que vai me dizer que eu tenho que encaminhar pro Otorrino, pro Cardio, pro Endócrino, não é assim! Eu acho que eles não conhecem o trabalho do que é uma 'Saúde da Família', o acompanhamento que a gente faz, o controle que a gente tem, é diferente... Você evita internação, evita encaminhamento pra especialista focal, porque muita coisa se resolve. É no mínimo 80% dos casos que você resolve na Unidade. Então, eu acho assim, é uma falta de respeito, é uma falta de tudo quando eu recebo uma cartinha, eu fico muito brava... às vezes vai por uma hipertensão, não tomou o remédio direito, passou nervoso, como eles falam, sem se agasalhar, tem uma vasoconstrição, aumenta a PA, aí a colega lá, 'Nossa, ela veio com 16x12 de PA', então, Cardiologista! Isso eu acho assim, um cúmulo (Participante 7 – p. 12).

Faz a cartinha, manda lá, volta! Não é pra voltar, eu tô mandando pra você internar, se eu pudesse internar eu não mandava internar, mas aí eu não posso, eu tenho que mandar pra UPA pra internar, né?!... É esse descaso que eu vejo, né (Participante 6 - p. 10 e 11).

Os recursos da Educação Continuada e da Educação Permanente em Saúde (EPS) como qualificador profissional é desejado pelos participantes, mas eles reclamam não terem sido beneficiados de forma sistematizada.

O objetivo da EPS propõe implementar no seu cotidiano de formação a noção de aprendizagem significativa, que deve propiciar e apoiar o pensamento reflexivo, contextual, complexo, colaborativo, construtivo e ativo (BRASIL, 2007), de forma que se perpetue e dispare no trabalhador o processo de auto-análise.

Para Pajares e Olaz (2008), as pessoas precisam desses espaços porque não aprendem apenas com a sua experiência, mas também observando os comportamentos de outras pessoas.

Essa aprendizagem vicária permite que os indivíduos aprendam um novo comportamento sem necessariamente passar pelo processo da experiência.

Outro benefício da EPS, para Silva (2013), é auxiliar na redução da demanda por especialistas. Isso é possível, quando a EPS capacita os médicos da AB, amplia o escopo de sua ação e favorece a integração matricial de especialistas com os profissionais da AB.

Uma das medidas para se colocar isso em prática, é aperfeiçoar o profissional por meio do Apoio Matricial. Apoio matricial e a equipe de referência são, ao mesmo tempo, arranjos organizacionais e uma metodologia para a gestão do trabalho em saúde, objetivando ampliar as possibilidades de realizar a clínica ampliada (COELHO, 2008).

A EPS também pode favorecer melhorias nos mecanismos de comunicação e no perfil relacional dos funcionários. Deve ser um trabalho que seja visto como um processo de trocas, de co-participação, de enriquecimento e de comprometimento mútuos.

A Política Nacional de Humanização sugere incluir os próprios trabalhadores na gestão para reinventarem seus processos de trabalho (BRASIL, 2013). A gestão do trabalho, por sua vez, trata dessas relações a partir de uma concepção na qual a participação do trabalhador é fundamental para a efetividades e eficiência do SUS. O trabalhador é percebido como sujeito e agente transformador de seu ambiente e não apenas um mero recurso humano realizador de tarefas previamente estabelecidas pela administração local (BRASIL, 2005).

7. RECOMENDAÇÕES AO MUNICÍPIO:

O presente estudo, produto de pesquisa de um programa de Mestrado profissional, visa também propor melhorias a fim de aperfeiçoar e qualificar o processo de trabalho do município estudado. Sua abordagem fez referência ao sistema de agendamento de consultas e exames do município e sua gestão do cuidado.

Dessa forma, propõe-se ao município:

1. Formação de equipe responsável pela Educação Continuada e Permanente em Saúde voltada para as necessidades da AB para organização, planejamento e execução dos treinamentos. A equipe deve ser formada por profissionais da gestão, especialistas e profissionais da Rede.

Seus encontros devem ser realizados com todas as categorias profissionais da AB, não somente os médicos e enfermeiros. Essa medida possibilita todos os profissionais terem serem contemplados com as atualizações.

Propõem-se encontros mensais em datas pré-estabelecidas no início de cada ano letivo para que haja programação antecipada da Unidade. Os temas a serem abordados devem ser propostos pela própria equipe de formação, mas também envolver a necessidade e opinião dos profissionais da Rede. Acordar com os profissionais de que as informações oferecidas nos encontros precisam de ser multiplicadas na sua equipe de saúde, em momentos de reunião de equipe. Deve também fazer parte desses treinamentos, a capacitação de novos funcionários da Rede, com relação aos fluxos de atendimento.

2. Para aqueles territórios que não contam com o apoio do NASF (Núcleo de Apoio à Saúde da Família), ter no município equipe multiprofissional para realização de encontros de Apoio Matricial na AB, a fim de auxiliar cada equipe com suas dificuldades e de maior demanda.

Sugere-se para fazer parte dessa equipe representantes das categorias: psicologia, psiquiatria e assistência social. Sugere-se também, poder oferecer aos médicos da AB, auxílio no início de cuidados iniciais das áreas da dermatologia, oftalmologia, pneumologia e cardiologia. Essa medida poderia diminuir o sofrimento de quem espera por agendamento dessas especialidades.

A Política Nacional de Atenção Básica (2017) inclusive prevê o apoio do NASF para as Unidades da AB, não somente às equipes de Estratégia Saúde da Família.

3. Uso de um único sistema de informática que favorecesse: o cadastro único dos pacientes, registro das fichas pendentes, uso do prontuário eletrônico, guias de referência e de solicitação de exames no formato eletrônico e campo obrigatório para a contrareferência. Essa medida unificaria o trabalho dos funcionários de alimentar o sistema, auxiliaria o entendimento das guias, cessaria o problema de extravio de guias, agilizaria o processo de agendamento das consultas e exames, facilitaria a comunicação e favoreceria a diminuição de demanda por especialidade e exames.

4. Continuar o uso de protocolos para orientação da conduta médica, porém ter maior aceite quando for necessária a mudança do percurso terapêutico.

5. Revisão do sistema de distribuição de vagas que acabasse com o sistema de bolsões, prática desregulada e que favorece apenas algumas Unidades. O agendamento de algumas especialidades e exames ainda é feito pela própria equipe da AB e quando sobram vagas das cotas, estas são liberadas no sistema como bolsões. A sugestão é que essas vagas sejam distribuídas novamente de forma proporcional quanto a necessidade de cada equipe ou que todos os agendamentos, sem exceção sejam feitos pelo NR.

6. Melhorias em organizações burocráticas e no sistema de comunicação para fortalecimento da rede e padronização de ações. A Atenção Básica é ordenadora e coordenadora do cuidado e precisa ser vista com essa importância. Importantes informações como mudanças de fluxos (de agendamento ou conduta) são enviadas aos funcionários somente por via eletrônica e por vezes há dificuldade de estas informações chegarem ao responsável, seja por dificuldade com o sistema de internet, falta de funcionário responsável pelo acompanhamento dos e-mails em determinado período ou mesmo a dificuldade em guardar estas informações. Dessa forma, sugere-se, para importantes informações, serem enviadas via e-mail para a tentativa de atingir um número maior de funcionários com agilidade, mas também serem enviadas de forma impressa, como ofício.

Sugere-se também melhor interação e agilidade na comunicação entre o médico da AB e o especialista, por meio de ligação telefônica ou via eletrônica (e-mail ou aplicativos).

8. CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Com o presente trabalho foi possível analisar o funcionamento do sistema de regulação do município de Araraquara no âmbito das relações entre a Atenção Básica, Assistência especializada e o Núcleo de regulação, e com isso descrever o modelo vigente de agendamento de exames e consultas.

Foram identificados pelos funcionários facilidades com o sistema e desafios presentes na comunicação que precisam ser revistos pela gestão para potencializar ações diárias e também do cuidado em saúde. Ressaltou-se a importância do sistema de regulação não somente como um mecanismo normativo, mas também de integração com o monitoramento e a autorização do fluxo junto à clínica dos pacientes.

Ao desenvolver a pesquisa notou-se uma limitação em saber a rotina de trabalho e opinião dos especialistas quanto ao recebimento das informações oferecidas pelos trabalhadores da AB e de como fazem uso da contrareferência para que esta favoreça a continuidade da assistência.

Outra abordagem interessante seria analisar quais são as principais dificuldades enfrentadas pela gestão em saúde do município no que se refere aos mecanismos de comunicação e no processo educativo.

Espera-se desse trabalho que ele tenha importância como aporte conceitual e prático para a revisão da organização de serviços de saúde, sua inovação e também como incentivo para demais pesquisas, uma vez que a produção científica que reporte essas experiências são escassas.

REFERÊNCIAS:

ASSIS, M. M. A. Redes de Atenção à Saúde e os desafios da Atenção Primária à Saúde: um olhar sobre o cenário da Bahia. In: ALMEIDA, P. F.; SANTOS A. M.; SOUZA, M. K. B. **Atenção Primária à Saúde na coordenação do cuidado em Regiões de Saúde**. Salvador: EDUFBA, 2015. p. 45-64.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. In: _____ Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC, 2011. 41-73.

BARBOSA, D. V. S.; BARBOSA, N. B.; NAJBERG, E. Regulação em Saúde: desafios à governança do SUS. **Cad. saúde colet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-54, mar. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000100049&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 out. 2016. Epub 11-Mar-2016. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600010106>.

BLUMMER, H.; BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 2008.

BRASIL. Constituição, 1988. **Constituição da República Federativa do Brasil: Constituição do Brasil**, promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para a gestão do trabalho no SUS (NOB/RH-SUS)**. 3 ed. rev. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005 (Série Cadernos Técnicos CNS).

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf. Acesso em: 23 abr. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010. **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.600, de 07 de julho de 2011. **Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial da União, Brasília, 8 de julho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.996, de 20 de agosto de 2007. **Dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e dá outras providências**. Diário Oficial da União, Brasília, 20 de agosto de 2007. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2007/prt1996_20_08_2007.html. Acesso em: 04 mai. 2018.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 699/GM, de 30 de março de 2006. **Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão**. Diário Oficial da União, 3 abr. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.559 de 01 de agosto de 2008. **Institui a Política Nacional de regulação no Sistema Único de Saúde**. Brasília, Diário Oficial da União, 01 ago. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/pnab.php>. Acesso em: 22 mar. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Decreto nº 7.508/Presidência da República/Casa Civil, de 28 de junho de 2011. **Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde – SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências**. Brasília, Diário Oficial da União, 28 jun. 2011.

CALEMAN G.; MOREIRA M. L.; SANCHES M. C. **Auditoria, controle e programação de serviços**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998 (série Saúde & Cidadania, v. 5).

CAMPOS, C. J. G.; TURATO, E. R. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Rev. Latino-Am Enf.** v.17, n.2, p.259-64, 2009.

CARVALHO, S.R. **Saúde coletiva e promoção à saúde: uma reflexão sobre os temas do sujeito e da mudança**. 2002. Tese (Doutorado) – Universidade Federal de Campinas (UNICAMP), Campinas.

COELHO, I. B. Formas de pensar e organizar o sistema de saúde: os modelos assistenciais em saúde. In: **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo, 2008. cap4. p. 96-131.

CONILL, E. M. Políticas de atenção primária e reformas sanitárias: discutindo a avaliação a partir da análise do Programa Saúde da Família em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil, 1994-2000, **Cadernos de Saúde Pública**, v. 18 (suplemento), p. 191-202, 2002.

DURAN, E. C. M.; TOLEDO, V. P. Análise da produção do conhecimento em processo de enfermagem: estudo exploratório-descritivo. **Rev. gaúcha enferm.**: 32(2), 2011.

ESPÍRITO SANTO, M. B., et al. A adesão dos portadores de diabetes mellitus ao tratamento Farmacológico e não Farmacológico na atenção primária à saúde. **EnFerm Rev.** 2012;15(1):88-101.

FERNANDES, N. **Devolutiva da OT 5 e as experiências de Palmas TO e Porto Alegre RS**. Entrevistador: Silvio Fernandes da Silva. São Paulo: IEP Hospital Sírio-Libanês, 15 out. 2017. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1-GvC-VHJKBPBNoh6lM1kP_rbsDVIObbH/view. Acesso em: 28 mar. 2018.

FERREIRA, J. B. B. et al. O complexo regulador da assistência à saúde na perspectiva de seus sujeitos operadores. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 14, n. 33, p. 345-358, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 mar. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832010000200009>.

FRANCO, T. B. Redes de cuidado: conexão e fluxos para o encontro com a saúde. In: ALMEIDA, P.F. et al. **Atenção Primária à Saúde**. Salvador: Edufba, 2015. p. 261-275.

GATTI, B. A. **Grupo focal na pesquisa em Ciências Sociais e Humanas**. Brasília: Liber Livro Editora, 2005. 77 p.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (Org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 34 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2015, cap. 4, p. 79-108.

HARZHEIM, E. **Devolutiva da OT 5 e as experiências de Palmas TO e Porto Alegre RS**. Entrevistador: Silvio Fernandes da Silva. São Paulo: IEP Hospital Sírio-Libanês, 15 out. 2017. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1-GvC-VHJKBPBNoh6IM1kP_rbsDVIObbH/view. Acesso em: 28 mar. 2018.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde segundo percepções de pessoas com tuberculose pulmonar. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 6, p. 1438-1445, Dec. 2012. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000600022&lng=en&nrm=iso>. Access on: 22 oct. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342012000600022>.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. [online] Disponível em: <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sp/araraquara/panorama>. Acesso em: 26 mar. 2018.

KUSCHINIR, R. et al. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: OLIVEIRA, R. G.; GRABOIS, V.; MENDES JÚNIOR W. V. **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro, RJ: EAD/ Ensp, 2009. cap. 5, p.125-157.

LAVRAS, C. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saude soc.*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, dez. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010412902011000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 22 fev. 2016.

LEITE, I. C. C. Carga de doença no Brasil e suas regiões. *Cad. Saúde Pública*; 31(7). 1551-1564, 2015.

LIMA M. F., VERAS R. Saúde pública e envelhecimento. **Cad. Saúde Pública**; 19:700-1, 2003.

MENDES, E. V. Redes de atenção à saúde. **Revista Med. Minas Gerais**, n.18, Supl. 4:S3 – 11. 2008.

_____. **As redes de atenção à saúde**. 2 ed. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965 Acesso em: 26 mar. 2018.

MINAYO, M. C. S., O desafio da pesquisa social. In: **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**, 34 ed. Petrópolis: Vozes, 2015. cap.1, p. 9-29.

OLIVEIRA, M. A. C.; SILVA, T. M. R. Avaliação de necessidades em saúde: um requisito para qualificar a atenção à saúde. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 65, n. 2, p. 203, Apr. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 out. 2017.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z., ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e saúde**. 5 ed. Rio de Janeiro, 1999, p. 473-487.

PAIM, J. S.; Modelos de atenção à saúde no Brasil. In: GIONANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. Orgs. **Políticas e sistema de saúde no Brasil**. [online]. 2 ed. Rio de Janeiro. Editora FioCruz. 2012.

PAJARES, F.; OLAZ F. Teoria social cognitiva e auto eficácia: uma visão geral. In: BANDURA A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. (Orgs). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, 2008, p. 97-116.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. p 269-288.

POWELL, R. A.; SINGLE, H. M. Focus groups. **International Journal of Quality in Health Care**, v.8, n.5, p. 449-504, 1996.

SANTOS, L.; ANDRADE, L. O. M. Redes no SUS: marco legal. In: SILVA, F. S. (Org). **Redes de Atenção à Saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2.ed. Campinas: Saberes Editora, 2013. cap. 1, p.22-34.

SCARAZZATI, G. L.; AMARAL, M. A. Planejamento e contrato de gestão na Atenção Básica. In: CAMPOS, G. W. S.; GUERRERO, A. V. P. **Manual de práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. São Paulo: Hucitec, 2008. cap 8, 206-220.

SILVA, M. V. S. et al. **Regulação do acesso à saúde: o processo de trabalho administrativo da enfermagem**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, p. 560-567, set. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452011000300016&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 22 fev. 2016.

SILVA, S. F. Desafios da regionalização e do planejamento integrado para construção das redes de atenção à saúde no SUS. In: **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2.ed. Campinas: Saberes Editora, 2013. cap. 5, p. 102-117.

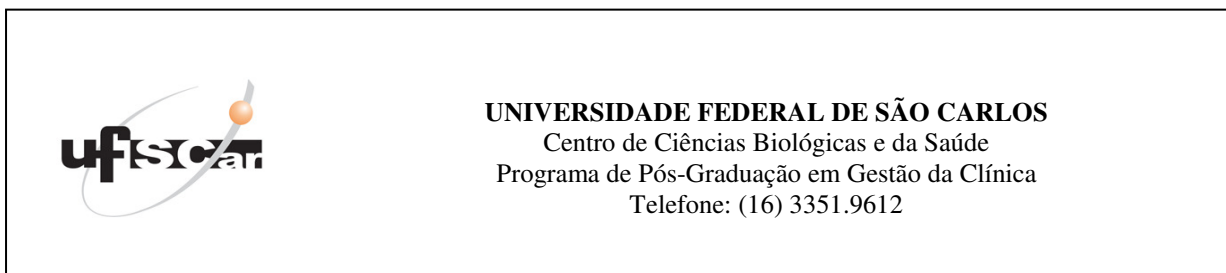
_____. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Junho, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232011000600014&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 04 nov. 2017.

_____. Redes de atenção à saúde no SUS: proposta de operacionalização. In: **Redes de atenção à saúde: desafios da regionalização no SUS**. 2.ed. Campinas: Saberes Editora, 2013. cap. 8, p. 201-249.

STARFIELD, D. B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco/ Ministério da Saúde, 2002.

TEIXEIRA, C. F.; VILASBÔAS A. L. Q. Modelos de Atenção à Saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? In: PAIM J. S.; ALMEIDA-FILHO N. **Saúde coletiva – teoria e prática**. 1 ed. Rio de Janeiro: Medboo book, 2013. cap 21, 287 – 301.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa**. 4. ed. Vozes: Petrópolis, 2010.

APÊNDICES:**Apêndice A: Termo de consentimento livre e esclarecido****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Lariana Cássia Pereira Tangerino, aluna do Curso de Pós-graduação em Gestão da Clínica, da Universidade Federal de São Carlos, sob orientação da Prof^a Dra^a Adriana Barbieri Feliciano, gostaria de convidá-la (o) a participar de forma voluntária de um estudo que faz parte de meu trabalho de Mestrado Profissional denominado de **“Sistematização do agendamento de consultas e exames: a experiência de uma cidade do interior de São Paulo”**. O objetivo geral é descrever o funcionamento do Sistema de regulação do município no âmbito das relações entre a Atenção Básica e o setor intermediário da assistência e mais especificamente, descrever o modelo de agendamento de exames e consultas especializadas e identificar as dificuldades de comunicação entre a Atenção Básica e o Núcleo de Regulação.

Neste sentido você está sendo convidado a participar porque atua como agente administrativo (a), enfermeiro (a), ou médico (a) da Atenção Primária de Saúde (UBS e USF) ou integra o Núcleo de Regulação estando envolvido com o trabalho de agendamento de consultas e exames.

A sua participação consistirá em responder um questionário de identificação pessoal contendo dados sobre profissão, idade, sexo, tempo de serviço e atividades desenvolvidas, sendo um servidor do território escolhido da Atenção Primária de Saúde (UBS e USF) ou será convidado para participar de um grupo focal, se for servidor do Núcleo de Regulação. Ambos (entrevista e grupo focal) serão realizados na própria Unidade de trabalho dos servidores e para os quais também solicito autorização para que os mesmos sejam gravados.

Sua participação não é obrigatória, podendo desistir de participar a qualquer momento e retirar seu consentimento, assim como não responder os questionários se julgar

desnecessários ou que possam ferir sua integridade moral. Sua recusa não trará nenhum prejuízo a sua pessoa e/ou ao seu trabalho.

Sua identificação será mantida sob sigilo e será garantida a privacidade em relação as informações fornecidas. Os dados obtidos serão única e exclusivamente utilizados para o presente projeto, podendo ser utilizados para publicações científicas. O material gravado será destruído pela pesquisadora após o uso.

Esclareço que poderá ocorrer o risco do desconforto em algum momento durante a participação, porém você poderá interromper o preenchimento do questionário ou deixar o grupo a qualquer tempo. Você também poderá ficar a vontade para pedir esclarecimentos que necessitar e tirar dúvidas em relação a pesquisa a qualquer momento.

A participação neste estudo não acarretará em nenhum tipo de despesa, bem como nenhuma remuneração ou benefícios diretos a você. Os benefícios desta pesquisa se baseiam na necessidade de aprimorar o conhecimento do papel da regulação como meio facilitador do acesso justo à saúde e tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao identificar as dificuldades envolvidas no acesso do usuário do atendimento em saúde, por meio do agendamento, pode-se contribuir no aperfeiçoamento da gestão do serviço público de saúde, fortalecer o processo de regulação de vagas e aprimorar o meio de comunicação entre as partes envolvidas facilitando o acesso dos usuários. Acreditamos que a realização da pesquisa nos instrumentalizará no sentido de qualificar a assistência em saúde.

Você entregará uma cópia deste termo assinada e ficará com uma cópia onde constam os dados e contatos da responsável pela pesquisa, podendo fazer contato no momento em que desejar.

A Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSCar, localizado na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizado na Rodovia Washington Luiz, km 235 – Caixa postal: 676 – CEP: 13.565-905, na cidade de São Carlos – SP, Telefone: (16) 3351.8110. E-mail: cephumanos@power.ufscar.br.

Comprometo-me a utilizar os dados somente para esta pesquisa, sendo que os resultados obtidos serão somente divulgados em eventos e publicações científicas.

AUTORIZAÇÃO:

Eu, _____ acredito ter sido suficientemente informado(a) a respeito das informações que li, descrevendo o estudo: “Sistematização do agendamento de consultas e exames: a experiência de uma cidade do interior de São Paulo”. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo, voluntariamente, em participar e que poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo. Se tiver dúvidas posso consultar a via deste Termo que ficará comigo ou entrar em contato com a pesquisadora e com o Comitê de Ética. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar.

Pesquisadora responsável: Lariana Cássia Pereira Tangerino

Contatos: telefone (16) 99767.7205 e e-mail lacassia@hotmail.com.

Araraquara, ____ de _____ de _____

Nome da Pesquisadora

Assinatura da Pesquisadora

Nome do Participante

Assinatura do Participante

Apêndice B: Roteiro para grupo focal com enfermeiros da AB

- a) Nesta última semana relate como você vivenciou as demandas de solicitações de encaminhamentos a exames e outras consultas realizadas pelos médicos, os procedimentos adotados pela equipe para encaminhar e o retorno a estas demandas.
- b) Isso corresponde ao que frequentemente acontece na Unidade?
- c) Na sua percepção como o médico lida com aquilo que de fato é prioridade clínica com o desejo do paciente?
- d) Quais são as facilidades, dificuldades/ nós-críticos dos mecanismos de comunicação com o Núcleo de Regulação da SMS?
- e) Como você pensa que seria o funcionamento de uma regulação que de fato propicia o acesso e o atendimento das necessidades de saúde demandadas pelo usuário por meio das solicitações médicas?

Apêndice C: Roteiro para grupo focal com médicos da AB

- a) Durante o seu atendimento nesta última semana, o(a) Sr.(a) fez encaminhamento à especialidade ou exames complementares? O(a) Sr.(a) poderia me contar as situações que demandaram esta necessidade? Estes eventos são frequentes? Como tem sido o retorno à estas solicitações?
- b) Quais são as dificuldades/ nós-críticos e facilidades dos mecanismos de comunicação com o Núcleo de Regulação da SMS?
- c) Como o(a) Sr.(a) pensa que seria o funcionamento de um Núcleo de Regulação que de fato propicia o acesso e o atendimento das necessidades de saúde demandadas pelo usuário por meio de suas solicitações para que a investigação dos problemas de saúde dos usuários sejam atendidas?
- d) Quais são os critérios utilizados ao encaminhar o paciente à determinada especialidade ou exame?
- e) Como o(a) Sr.(a) entende que a priorização de agendamento deve ser feita? O desejo do paciente influencia nesta decisão?
- f) Em quais casos o(a) Sr.(a) considera que deveria haver agilidade de resposta?
- g) O(a) Sr.(a) consegue dizer até quanto tempo é possível esperar?

Apêndice D: Roteiro para grupo focal com agentes administrativos da AB

a) Nesta última semana relate como você vivenciou as demandas de solicitações de encaminhamentos a exames e outras consultas realizadas pelos médicos, os procedimentos adotados pela equipe para encaminhar e o retorno a estas demandas.

b) Como você lida com aquilo que de fato parece ser uma prioridade clínica com o desejo do paciente?

c) Quais são as facilidades, dificuldades/ nós-críticos dos mecanismos de comunicação com o Núcleo de Regulação da SMS?

d) Como você pensa que seria o funcionamento de uma regulação que de fato propicia o acesso e o atendimento das necessidades de saúde demandadas pelo usuário por meio das solicitações médicas?

Apêndice E: Roteiro para grupo focal com servidores do Núcleo de Regulação

- a) Esta última semana relate como você vivenciou as demandas de solicitações de encaminhamentos a exames e outras consultas realizadas pelos médicos das USF's e das UBS's. Tem diferenças para você? Caso sim, por que acha que isto é diferente?
- b) Como foram os procedimentos adotados pela equipe para agendar as demandas?
- c) Vocês fazem algum tipo de priorização? Como? Os critérios de priorização estão padronizados para todos?
- d) Como se dá o processo de regulação das vagas? Quais parâmetros utilizam?
- e) Quais são as facilidades, dificuldades/ nós-críticos dos mecanismos de comunicação presentes neste processo de trabalho que acarretam uma demora de atendimento ao usuário?

ANEXOS:**Anexo A: Parecer consubstanciado do CEP**

UFSCAR - UNIVERSIDADE
FEDERAL DE SÃO CARLOS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Sistematização do agendamento de consultas e exames: a experiência de uma cidade do interior de São Paulo

Pesquisador: LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 63133516.3.0000.5504

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.061.829

Apresentação do Projeto:

O projeto intitulado "Sistematização do agendamento de consultas e exames: a experiência de uma cidade do interior de São Paulo" foi bem estruturado em revisão bibliográfica e em concepção metodológica, demonstrando sua relevância para sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

A pesquisadora esclarece no TCLE que o objetivo principal é "descrever o funcionamento do Sistema de regulação do município no âmbito das relações entre a Atenção Básica e o setor intermediário da assistência e mais especificamente, descrever o modelo de agendamento de exames e consultas especializadas e identificar as dificuldades de comunicação entre a Atenção Básica e o Núcleo de regulação".

Observa-se que no TCLE e projeto detalhado, não há distinção entre os objetivos e eles foram esclarecidos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Quanto aos riscos, a pesquisadora aponta, no TCLE e no projeto detalhado, que "poderá ocorrer o risco do desconforto em algum momento durante a participação, porém você poderá interromper o preenchimento do questionário ou deixar o grupo a qualquer tempo".

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

UF: SP

Telefone: (16)3351-9683

Município: SAO CARLOS

CEP: 13.565-905

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Continuação do Parecer: 2.061.829

Assim, há o comentário sobre a possibilidade de gerar algum desconforto durante a entrevista, mas ela não esclarece o tipo de desconforto.

Quanto aos benefícios, tanto no TCLE quanto projeto detalhado, ela esclarece que "Os benefícios desta pesquisa se baseiam na necessidade de aprimorar o conhecimento do papel da regulação como meio facilitador do acesso justo à saúde e tendo em vista os princípios do Sistema Único de Saúde. Ao identificar as dificuldades envolvidas no acesso do usuário do atendimento em saúde, por meio do agendamento, pode-se contribuir no aperfeiçoamento da gestão do serviço público de saúde, fortalecer o processo de regulação de vagas e aprimorar o meio de comunicação entre as partes envolvidas facilitando o acesso dos usuários. Acreditamos que a realização da pesquisa nos instrumentalizará no sentido de qualificar a assistência em saúde".

Desta forma, os benefícios foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Verificar os itens "recomendações" e "conclusões e/ou pendências" feitos por este parecerista/relator.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Quanto ao TCLE, a pesquisadora contempla as recomendações das Resoluções CNS 466/2012 e 510/2016.

Cabe observar que a pesquisadora aponta que poderá haver algum desconforto pelo participante, mas não esclarece este desconforto.

Recomendações:

Recomenda-se à pesquisadora, esclarecer no TCLE, os possíveis tipos de desconforto (estresse, irritação, falta de atenção, falta de interesse, outros) que a pesquisa poderá gerar no participante.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado condicionado à modificar o TCLE apresentando os tipos de desconforto que podem surgir. Foram sugeridos alguns no item "recomendações" deste parecer.

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: 2.061.829

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_BÁSICAS_DO_PROJETO_829123.pdf	23/04/2017 00:14:11		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_detalhado_Lariana.doc	23/04/2017 00:13:27	LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Lariana.docx	23/04/2017 00:11:46	LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_Lariana.pdf	06/12/2016 17:17:54	LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Carta_autorizacao_Lariana.pdf	01/12/2016 21:00:00	LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO	Aceito
Cronograma	Cronograma_Lariana.docx	22/11/2016 22:16:03	LARIANA CASSIA PEREIRA TANGERINO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO CARLOS, 13 de Maio 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