Universidade de Brasília

Faculdade de Ciências da Saúde

Departamento de Saúde Coletiva

Paola Alves dos Santos Morais

Análise da contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no fortalecimento da Atenção Básica na Região Leste de Saúde do Distrito Federal - DF

Brasília, 2016

Paola Alves dos Santos Morais

Análise da contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no fortalecimento da Atenção Básica na Região Leste de Saúde do Distrito Federal - DF

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentado ao Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília - UnB como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Gestão em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Gustavo Nunes de Oliveira

Co - Orientadora: Profª Drª. Cláudia Pedrosa

Brasília, 2016

Paola Alves dos Santos Morais

Análise da contribuição dos Agentes Comunitários de Saúde no fortalecimento da Atenção Básica na Região Leste de Saúde do Distrito Federal - DF

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação apresentada ao Departamento de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília - UnB como requisito parcial para a obtenção do título de Bacharel(a) em Gestão em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof[a.] Dr[a.] Dais Rocha - Universidade de Brasília

_____

Prof[a]. Dr[a.] Cláudia Pedrosa - Universidade de Brasília (co-orientadora)

_____

Prof. Dr. Gustavo Nunes Oliveira - Universidade Federal de São Carlos (orientador)

À minha família, por toda
paciência e apoio,
singularmente isso é amor.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos trabalhadores de saúde da Região Leste, por participarem de todo o processo de construção deste trabalho e por apoiarem a pesquisa dentro da Diretoria de Atenção Primária à Saúde.

Ao grupo de pesquisa composto pelos alunos de graduação em Saúde Coletiva, Daiane, Loyanne, Luana, Ana Carolina, Nayra e Rafael, por todos momentos de reconstrução e reflexão.

Aos professores do Departamento de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, que contribuíram imensamente para a minha formação, alguns de forma amorosa outros com mais firmeza.

À Professora Daphne Rattner por me conduzir pelo mundo da pesquisa tão cuidadosamente.

À Professora Cláudia Pedrosa, minha co-orientadora, por aceitar o desafio de pegar o bonde andando, por transmitir segurança durante essa breve caminhada e por ter sido tão generosa.

Ao querido professor Gustavo Nunes, meu orientador, pela paciência e generosidade, pelo aprendizado além da sala de aula, pelos risos em meio ao desespero, por impulsionar meu voo. Que você consiga ver nesse trabalho tudo que me ensinou.

À minha ‘panela’, Jéssica e Gilvan, por tornar os dias de universidade mais alegres e construtivos.

Aos meus amigos, pelo simples fato de serem quem são.

À minha família, por me advertir quando foi necessário, por me incentivar em todas as escolhas que fiz, por serem quem são e por serem responsáveis pela pessoa que sou.

‘O correr da vida embrulha tudo. A vida é assim: esquenta e esfria, aperta e daí afrouxa, sossega e depois desinquieta. O que ela quer da gente é coragem.’

(Guimarães Rosa)

RESUMO

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) trabalha sob a perspectiva da Estratégia Saúde da Família (ESF), e desempenha papel fundamental, sendo o elo da comunidade com os serviços de saúde. Este profissional tem atribuições bem definidas e umas delas é cadastrar e acompanhar as famílias, realizando visitas periódicas. A estratégia saúde da família, dentro do programa de Atenção Básica é uma estratégia prioritária, principalmente por ser considerada a porta de entrada do usuário no serviço. Sendo a atenção primária à saúde porta de entrada do usuário no serviço e o agente comunitário de saúde o elo do serviço com a comunidade, como também compreendendo a necessidade de reconhecimento e valorização do trabalho dos agentes comunitários como importante componente de qualificação do modelo de atenção baseado em Atenção Primária à Saúde, é necessário construir processos de reconhecimento e visibilidade a partir da perspectiva do usuário do Sistema Único de Saúde ampliando dispositivos de gestão que qualifiquem o papel da Atenção Básica. Analisar a contribuição dos ACS no fortalecimento da atenção básica para aprimoramento das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, na Região de Saúde Leste do Distrito Federal na perspectiva de usuários e dos agentes. Metodologia: Trata-se de uma pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa, que usa a técnica de Itinerário Terapêuticos, que são compreensões pessoais e familiares das experiências do cuidado em saúde. A partir de Eventos Sentinelas delimitados a partir de agravos a saúde sensíveis a Atenção Básica, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com três usuários de serviços da região. A partir das entrevistas foi realizado grupo focal com agentes comunitários, coordenadores de equipe e gestores da região. Resultados: Os resultados foram divididos em três eixos. O primeiro eixo denominado Vínculo, Território e Responsabilidade pretendia refletir sobre as ações que as equipes realizavam que fortalecesse o vínculo ao território e como se responsabilizavam pelos cuidados dos seus pacientes. O segundo eixo denominado Ofertas de Serviço e Aderência ao Tratamento pretendia refletir sobre a continuidade do cuidado. O terceiro eixo denominado Acesso e Escuta Qualificada tinha como objetivo conhecer mecanismo de escuta qualificada desenvolvida por aqueles trabalhadores e como potencializar essa relação. As narrativas presentes no grupo focal apresentaram experiências profissionais diversas, vivências heterogêneas, que se confluíam para um objetivo comum: pensar o cuidado na sua integralidade. Os

participantes demonstraram clareza e compreensão dos conceitos que foram problematizados durante o grupo focal e a identificação do agente comunitário no fortalecimento da relação entre a comunidade e o serviço.

Palavras-Chave: Eventos Sentinela, Itinerários Terapêuticos, Atenção Básica à Saúde, Redes de Atenção à Saúde, Agente Comunitário de Saúde.

Lista de Tabela

Tabela 1 - Grade de Critérios de Inclusão e Caracterização de Eventos Sentinelas 16

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

SUS - Sistema Único de Saúde

IT - Itinerários Terapêuticos

ES - Eventos Sentinelas

AB - Atenção Básica

RLDF - Região Leste do Distrito Federal

NRAD - Núcleo Regional de Atenção Domiciliar

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....12

METODOLOGIA.....15

A RECONSTRUÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÈUTICOS:.....16

REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM TRABALHADORES DE SAÚDE, GERENTE E COORDENADORES DE EQUIPES DA ATEÇÃO BÁSICA DA REGIÃO LESTE.....18

RESULTADO E DISCUSSÃO.....19

CONSIDERAÇÕES FINAIS.....23

REFERÊNCIAS.....25

APÊNDICE A - Entrevista Semiestruturada.....27

APÊNDICE B - Narrativa Grupo Focal e Roteiro para discussão.....28

APÊNDIE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....32

APÊNDICE D - Termo de Autorização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa.....36

ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP.....37

INTRODUÇÃO

A Estratégia Saúde da Família (ESF) nasceu, inicialmente como programa, em 1994 com o objetivo de expandir a cobertura de oferta de serviços de saúde. Apesar dos esforços, só veio a ser estratégia prioritária em 2006 com a criação da Política Nacional de Atenção básica, que dentre outras propostas pactuou na Comissão Intergestora Tripartite este modelo como substitutivo para a organização da Atenção Básica (AB)[1].

A atenção primária à saúde (APS) procura orientar e organizar o sistema de saúde respondendo às necessidades da população. Porém, para que exista efetividade, é necessário entendimento da saúde como direito social, que emerge de determinantes sociais. Uma APS bem organizada contribui para a melhora da atenção à saúde da população de forma positiva[1,2]. A compreensão da atenção básica está permeada pelas dimensões econômica, política e cultural inerentes ao campo da saúde[1].

O ACS dentro da ESF é um ator com atribuições bem definidas do ponto de vista normativo. Dentre elas estão: trabalhar com adscrição de famílias com base na territorialização da equipe; cadastrar estas famílias e manter o cadastro atualizado; orientar a família sobre o uso dos serviços de saúde; realizar atividades programadas e de atenção a demanda espontânea; realizar visitas domiciliares; realizar atividades de promoção, prevenção e proteção à saúde, como também de vigilância e estar em contato constante com as famílias. Porém a atribuição considerada essencial incumbida a este profissional é a integração equipe-comunidade[4]. É por meio do trabalho do ACS, que pode ser considerado bi-dimensional, por ser um personagem que está nos dois cenários, um realizando o papel junto a população com relação aos cuidados à saúde, e no outro munindo os profissionais de elementos para entender o adoecimento da população, facilitando a construção do vínculo[5].

Sendo a APS porta de entrada do usuário no serviço e o ACS o elo do serviço com a comunidade, como também compreendendo a necessidade de reconhecimento e valorização do trabalho dos agentes comunitários como importante componente de qualificação do modelo de atenção baseado em princípios e atributos da Atenção Primária à Saúde, o presente estudo pretende construir processos de reconhecimento

e visibilidade a partir da perspectiva do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) ampliando dispositivos de gestão que qualifiquem o papel da AB[6,7].

METODOLOGIA

O estudo, caracterizado como pesquisa avaliativa com abordagem qualitativa. Parte da técnica de reconstrução de Itinérarios Terapêuticos (IT) de usuários de serviços de saúde do território da Região Leste, que protagonizaram casos de Eventos Sentinelas(ES), os quais foram delimitados a partir da delimitação de situações e agravos à saúde sensíveis a Atenção Básica (AB). Os ITs são compreensões das experiências pessoais e familiares do significado do cuidado, abrangendo o percurso nos diversos sistemas de saúde, e tecendo redes de sustentação e apoio que possam lhes dar sustentabilidade nesta experiência[8].

Os ES são situações evitáveis que por inadequação no funcionamento dos serviços de saúde geraram ocorrências desnecessárias. O evento sentinela pode ser um caso único, ou um coeficiente que não deve ser ultrapassado. Na ampliação do conceito podemos compreender os ES não apenas quando envolvem situações limite como óbitos por causas evitáveis, mas também auxiliares na análise crítico-reflexiva dos processos como o acesso e a oferta de serviços[9].

A revisão da literatura sobre os ES e discussão com o grupo de pesquisa, com a gerente de enfermagem e vigilância em saúde na Atenção Primária da Região Leste, resultou na composição de uma grade de critérios de eleição dos ES para esta pesquisa, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1: Grade de Critérios de Inclusão e Caracterização de Eventos Sentinela

1.	Problema de saúde grave reconhecido pela equipe, sabidamente evitável nas condições do contexto do sistema local/regional;
2.	Deve ser bem definida e de fácil acesso;
3.	Viabilidade de identificação das equipes e usuários envolvidos para a construção do I.T
4.	As condutas frente a condição devem ser bem definidas em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento ou reabilitação, insumos;
5.	Os efeitos dos fatores não ligados aos serviços de saúde sobre o marcador devem ser bem conhecidos;
6.	Se o caso envolveu mais de um nível de atenção;
7.	Frequência de indicação, se o caso já foi investigado/discutido
8.	Nível de reconhecimento do evento (gestão regional, gerência técnica, gerência desserviço, equipe e usuário)

Os critérios 6 e 7 não foram considerados determinantes para que o caso fizesse parte do estudo, são apenas potencializadores para a discussão.

Os casos foram sinalizados pelas equipes de saúde da Região Leste do Distrito Federal (RLDF) mediante conversas iniciais com a gerente de enfermagem e vigilância em saúde na Atenção Primária da Região Leste e posteriormente com os coordenadores de equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Percebeu-se que as equipes pouco conheciam sobre seu território, e tiveram muita dificuldade para identificar casos de ES no seu território de responsabilidade. Em função dessas dificuldades a pesquisadora optou por fazer também o caminho inverso para detecção dos casos em visitas de busca ativa na emergência do Hospital da Região Leste.

A partir da informação da gerência e das equipes, e de busca ativa no Pronto Socorro do Hospital da Região Leste, os casos captados foram submetidos a uma abordagem preliminar, via estudo de prontuário, entrevista com a equipe responsável ou com usuário para se definir se o caso se enquadrava na grade de critérios para ES.

Depois de identificados os casos, foram realizadas entrevistas semiestruturadas (APÊNDICE A) com três usuários do sistema de saúde da Região Leste, com o objetivo de identificar analisadores que informassem a trajetória destes usuários nos serviços de saúde local/regional e suas conexões com a vida cotidiana, interesses e entendimentos sobre a sua situação de saúde e seus modos de andar a vida[10].

A RECONSTRUÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÈUTICOS:

A técnica de reconstrução dos IT foi realizada a partir de entrevista semiestruturada, realizada no local e horários agendados para o encontro entre pesquisadora e usuário. Partiu-se de um roteiro disparador, que não foi apresentado como questionário para o usuário, mas apenas como guia de tópicos para a pesquisadora.

A estrutura do roteiro basicamente contava com três momentos. No primeiro foram realizadas perguntas sobre a identificação do usuário como nome, idade, profissão, estado civil e escolaridade. O segundo momento fazia-se questionamentos sobre os problemas de saúde, quais eram, quando foi diagnosticado, qual o significado da patologia na vida daquele usuário, quais serviços frequenta e

frequentou, quais medicamentos faz uso e o que poderia ser feito para qualificar e estreitar o relacionamento com o serviço. O terceiro momento se tratava de duas perguntas abertas, a primeira sobre o trajeto realizado nos serviços após o diagnóstico e uma breve avaliação dos serviços de saúde que frequentava.

Após a realização das entrevistas montou-se uma narrativa (APÊNDICE B) com analisadores dos três casos, destacados a partir da interpretação da pesquisadora, dos dados de cada IT. Também foram separados recortes adaptados das entrevistas, organizadas em quatro eixos para debate. O primeiro eixo denominado Vínculo, Território e Responsabilidade pretendia refletir sobre as ações que as equipes realizavam que fortalecesse o vínculo ao território e como se responsabilizavam pelos cuidados dos seus pacientes. O segundo eixo denominado Ofertas de Serviço e Aderência ao Tratamento pretendia refletir sobre a continuidade do cuidado. O terceiro eixo denominado Coordenado do Cuidado em Rede, Articulação AB-AE/AH pretendia discutir a relação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada/Atenção Hospital e também o papel da Atenção Básica como ordenadora da rede. O quarto e último eixo denominado Acesso e Escuta Qualificada tinha como objetivo conhecer mecanismos de escuta qualificada desenvolvidos por aqueles trabalhadores e como potencializar essa relação.

Essa escolha metodológica se deu a partir da análise do processo inicial de levantamento dos ES, no qual ficou evidente a desconfiança e insegurança dos profissionais de saúde, dos coordenadores de equipe e gerentes, contatados nessa fase, com o movimento de pesquisa, indicando preocupação com processos avaliativos e sinalizando que havia grande chance da discussão dos IT ficar focada na tentativa de justificar as situações encontradas como singulares às situações específicas de cada caso, se estes fossem de alguma forma identificados pelas equipes responsáveis. Avaliou-se, em tal situação, que a discussão perderia potência analisadora do papel da AB nas Redes de Atenção à Saúde e a criação de dispositivos de gestão para potencializar este papel e superar as dificuldades estruturais e sistêmicas da Região de Saúde. Havia o risco ainda de não ser possível controlar ou evitar futuras represálias aos usuários envolvidos, por parte das equipes responsáveis. O objetivo da reconstrução dos IT foi trazer a perspectiva do usuário para o processo avaliativo. O movimento de constituir uma narrativa, utilizar os IT para compor personagens com outros nomes, retirando menções a territórios específicos,

impossibilitando o reconhecimento da unidade de saúde responsável, possibilitou transformar a fala do usuário entrevistado em uma fala de um “usuário qualquer”, tornando sua voz, não apenas a queixa de alguém específico, mas a voz de um sujeito-de-interesse quando se toma o papel da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde, transformando suas vivências em analisadores potentes e com maior facilidade de serem apropriados e reconhecidos como legítimos pelos gerentes e trabalhadores de saúde envolvidos.

REALIZAÇÃO DO GRUPO FOCAL COM TRABALHADORES DE SAÚDE, GERENTE E COORDENADORES DE EQUIPES DA ATEÇÃO BÁSICA DA REGIÃO LESTE

A partir desse material realizou-se um grupo de discussão, com seis trabalhadores da rede. Entre os participantes tinham representantes dos agentes comunitários de saúde, representantes da diretoria de atenção primária a saúde, gerente de centro de saúde e coordenadores de equipes da estratégia saúde da família.

A técnica utilizada foi do grupo focal[11]. Os grupos de discussão têm o objetivo de aprofundar e detalhar processos de análise sobre questões da pesquisa, envolvendo os participantes da pesquisa. Criam condições de inclusão e valorização das preocupações, reivindicações e questões dos participantes da pesquisa. Dinâmica de funcionamento em roda de discussão, com um relator, um coordenador e um observador, todos da equipe de pesquisa.

Quanto aos aspectos éticos, este trabalho é parte da pesquisa “Análise de dispositivos de gestão em redes de atenção à saúde: múltiplos olhares para o papel da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal”, foi submetida e aprovada pelo Comité de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília e pelo Comité de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde, da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (coparticipante) (ANEXO), sob o CAAE nº 49930015.0.3001.5553, Parecer nº 1.459.423, em 21/03/2016. Todos os participantes na pesquisa (entrevistados, participantes do grupo focal e colaboradores) concordaram em participar mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE C) e Termo de Autorização para Utilização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa (APÊNDICE D).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com base nas atribuições e na tentativa de analisar as práticas e dispositivos de gestão constituídos no trabalho de agentes comunitários de saúde, realizaremos uma breve discussão em três eixos:

1° Eixo – Vínculo, Território e Responsabilidade.

Quando indagamos aos profissionais participantes do grupo focal sobre vinculo, foi apontado pela maioria dos participantes que a falta de comunicação entre os serviços é um fator prejudicial. Podemos entender que para esses trabalhadores a comunicação é fundamental. Primeiro porque é sua ferramenta de trabalho, é realizando uma boa comunicação com o usuário que abrem-se caminhos para o estabelecimento da relação de confiança. E em segundo lugar é a comunicação que faz o trabalho de equipe produzir sentidos. Levar as informações colhidas no dia a dia com a população se torna tarefa difícil se a comunicação na equipe não está bem articulada. O vínculo é uma ferramenta que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada[12].

A compreensão de território trazida pelos participantes ratifica a noção que a grande maioria das equipes de saúde trazem - território como demarcação de espaço onde pessoas estão inseridas. Os Centros de Saúde ainda trabalham com modelo tradicional de atenção à saúde e esse coletivo sente dificuldade de integração com estes serviços, principalmente quando precisam passar informações de um paciente que estava em determinada área e passou para um território sem cobertura. Falam também que a baixa cobertura ESF prejudica suas atividades, pois tem sob sua responsabilidade um número de famílias superior ao indicado pela política.

A região leste se caracteriza por abrigar cidades dormitório, ou seja, as pessoas saem de manhã para realizar suas atividades e retornam à noite, isso dificulta o contato com o serviço. Outro problematizador é o fato de serem usuários que mudam com frequência dentro da própria cidade. Para que os dados do paciente não se

percam, os trabalhadores arquivam os prontuários para tornar mais fácil caso seja necessário acessar esse documento.

O território é o resultado de uma acumulação de situações históricas, ambientais, sociais que promovem condições particulares para a produção de doenças. O reconhecimento desse território é um passo básico para a caracterização da população e de seus problemas de saúde, bem como para avaliação do impacto dos serviços sobre os níveis de saúde dessa população[13]. A atenção básica deste território está desenvolvendo um projeto de territorialização, isso se fez necessário a partir do momento que se percebeu que as equipes e os trabalhadores pouco conheciam o local e seus moradores.

Porém, percebe-se nesse grupo que estamos tratando com profissionais extremamente comprometidos com suas atividades. A responsabilidade caracteriza-se pelo nível de comprometimento das equipes com a sua população adscrita, isto é, o entendimento de acompanhamento integral. Existe uma hipótese para esse alto nível de comprometimento, esses agentes estão trabalhando com a mesma composição de equipe há muito tempo. O acordo de que um agente cobre o que no período de férias, e que os dois não podem tirar férias ao mesmo tempo é um acordo institucional. A equipe na organização do trabalho decidiu como coletivo.

2° Eixo - Ofertas de serviço e aderência ao tratamento

Compreendemos com as falas que existe a busca ativa dos pacientes que precisam de atendimento diferenciado e que não estão comparecendo ao serviço com regularidade, porém percebemos também que estes só comparecem aos serviços para troca de receita. Alguns estudiosos definem aderência quando a conduta do paciente em termos de tomar medicamentos, seguir dietas e executar mudanças no estilo de vida, porém a aderência não é um problema causado exclusivamente pelos pacientes[14]. Quando perguntou-se por que eles comparecem apenas para troca de receita e participam pouco dos grupos, as respostas estavam diretamente ligadas ao conteúdo abordado nos grupos, que eles consideram repetitivos. O grupo percebeu também que nunca perguntaram o que os pacientes gostariam de saber. Isso fez com que refletissem sobre o papel dos grupos na aderência ao tratamento e que possivelmente estava caminhando em direção oposta a realidade daquela comunidade.

Ofertar o grupo e elaborar palestras e atividades nem sempre são suficientes. Dentre outros motivos para a baixa adesão estão também o horário, as filas para a troca de receita e o fato de alguns precisarem ir em jejum. No Brasil, a oferta de serviços de saúde segue a “Inverse Care Law”[15], isto é, não são distribuídas segundo necessidades de saúde. Se o serviço oferta atividade em horário que os pacientes mais distantes precisam acordar cedo, ou que pacientes diabéticos precisem ir em jejum, criam obstáculos na adesão e a oferta adquire pouco significado para as ações de promoção e proteção à saúde.

3° Eixo - Acesso e escuta qualificada

Sobre acesso o grupo pautou a dificuldade de conseguir exames e consultas de especialidades, isso porque o sistema de regulação do DF procura apenas a vaga, sem levar em consideração a distância que o paciente vai percorrer para ter acesso ao serviço. Por ser distante, ou ter que chegar muito cedo e depender de transporte público, eles não comparecem.

Quando falamos do acesso do usuário prioritário que não está em uma área coberta o coletivo não soube responder. Eles esperam que com o processo de territorialização consigam definir áreas prioritárias e casos prioritários. Uma hipótese que o grupo trouxe para compreender o esquecimento desses casos é que 70% da população não está em área coberta. Quando os profissionais têm que lhe dar com um número menor de famílias, como é o caso da ESF, o acompanhamento se torna mais qualificado.

Acesso refere-se à possibilidade de utilizar serviços de saúde quando necessário. O Sistema Único de Saúde (SUS), como ocorre com os sistemas de saúde de vários países europeus, orienta-se pelo princípio de acesso universal e igualitário[16]. Quando um serviço de saúde estabelece critérios tão específicos, como é o caso do Núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD), para que o paciente faça parte do seu escopo de trabalho ele obstrui o acesso. Observando sob a ótica da baixa cobertura de ESF e o pequeno número de casos de pessoas que usam os serviços do NRAD, essas equipes poderiam auxiliar até que a AB seja ampliada.

Além disso o acesso possui particularidades que podem facilitar ou impedir as pessoas de usarem os serviços de saúde quando se faz necessário. Os empecilhos

no acesso são criados pelo próprio serviço. A disponibilidade de serviços e sua distribuição geográfica, a disponibilidade e a qualidade dos recursos humanos e tecnológicos, os mecanismos de financiamento, o modelo assistencial e a informação sobre o sistema são características da oferta que afetam o acesso[16,17].

Quando um serviço consegue desenvolver uma escuta clara e sensível, os problemas facilmente se tornam desafios a serem encarados pelas equipes. E quando a equipe valoriza a informação colhida no dia a dia no ACS tende a solucionar melhor os impasses da comunidade. Essa constatação foi lembrada em alguns relatos dos profissionais no grupo, citando por exemplo, que construíram projetos terapêuticos significativos com apoio de ACS. A reunião de equipe é a feramente que mais tem auxiliado esse coletivo. É nesse espaço, construído democraticamente pelo próprio coletivo, que eles discutem os casos e pensam as resolutividades.

A escuta qualificada, considerada tecnologia leve, que envolve relações do tipo diálogo; vínculo; acolhimento, possibilita compreender o sofrimento a partir da pessoa, valoriza suas experiências e atenta para suas necessidades e os diferentes aspectos que compõem seu cotidiano. É instrumento facilitador e transformador, estratégico no desenvolvimento da autonomia e inclusão social, e no agenciamento de modos “menos endurecidos” das relações pessoais18.

Porém, ainda é necessário desenvolver mecanismo que façam a população se colocar e ser ouvida. A interlocução realizada pelo ACS tem sido fundamental para organizar esse fluxo, mas ainda assim a comunidade precisa de espaços qualificados para se colocar, ninguém melhor do que eles mesmo para sugerir mudanças que aproximem o serviço da realidade da população.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas presentes no grupo focal apresentaram experiências profissionais diversas, vivências heterogêneas mas, que se confluíam para um objetivo comum: pensar o cuidado na sua integralidade. Os participantes demonstraram clareza e compreensão dos conceitos que foram problematizados durante o grupo focal e a identificação do agente comunitário no fortalecimento da relação entre a comunidade e o serviço.

Destacaram a dificuldade ainda vigente, na comunicação entre os trabalhadores e os serviços e apontaram o quanto é difícil superação dessa problemática no cotidiano, mesmo reconhecendo importante uma boa comunicação para uma melhor oferta e organização dos serviços.

A grande parte dos serviços funciona em horário comercial, o que impede a adesão do paciente, além de se tratar de uma região de cidades dormitório. Ter que trocar as receitas faz com que esporadicamente o paciente comparece no serviço. Porém, essa conduta não qualifica e nem torna o tratamento eficiente.

Alguns obstáculos colaboram para que a adesão e o acesso sejam cada vez mais difíceis, um deles é a baixa cobertura de estratégia saúde da família. Aonde existem equipes, estas atendem à cima da sua capacidade e do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Aonde a ESF não alcança, que é a maior parte da região, os centros de saúde estão incumbidos de realizar as ações em saúde. Porém essas ações ficam prejudicadas, pela demanda maior do que a capacidade instalada.

A região está passando por um processo de territorialização, a composição de gestão que temos hoje ainda é muito nova. Estão se apropriando dos processos de trabalho, e de forma coletiva tomando decisões para qualificar aspectos que trouxemos no grupo focal. Podemos dizer que são um coletivo em organização, e que já tomaram decisões inovadoras, como a abertura da agenda dos médicos e enfermeiros da ESF.

Desta forma podemos considerar que a equipe multiprofissional que qualifica a escuta, que valoriza o trabalho, que se interessa e abre espaço para a comunidade

se expressar, que realiza busca ativa e que demonstra empatia pelas causas do usuário, respeitando sua posição e situação social, desenvolvem tecnologia leve que aprimora o cuidado em saúde.

A realização da pesquisa possibilitou uma experiência ímpar na formação de uma futura sanitarista. É participando de espaços como este, que são protegidos e com alto nível de problematicação e discussão, além de estar em um grupo altamente comprometido e empenhado com o serviço, que um gestor desenvolve habilidades importantes para a execução do trabalho coletivo.

REFERÊNCIAS

1. IBAÑEZ, Nelson et al. Avaliação do desempenho da atenção básica no Estado de São Paulo. Ciênc saúde coletiva, v. 11, n. 3, p. 683-703, 2006.
2. Macinko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970-1998. HSR: HealthServices Research 2003; 38(3):831-865.)
3. Starfield B, Shi L. Policy Relevant Determinants of Health: An International Perspective. Health Policy 2002; 60:201-218
4. Brasil, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006
5. DE OLIVEIRA NUNES, Mônica et al. O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico Community-based health workers: building the identity of this hybrid, polyphonic character. Cad. saúde pública, v. 18, n. 6, p. 1639-1646, 2002.
6. Fonseca, AF. O trabalho do agente comunitário de saúde: implicações da avaliação e da supervisão na Educação em Saúde. / Angélica Ferreira Fonseca. -- 2013. 233 f. : tab. Orientador: Mendonça, Maria Helena Magalhães Tese (Doutorado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2013),
7. URSINE, B.L.; TRELHA, C.S.; NUNES, E.F. P.A. 2010. O Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família: uma investigação das condições de trabalho e da qualidade de vida. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [online], vol.35, n.122, p. 327-339
8. GERHARDT, T. E.; RUIZ, E. N. F. . Itinerários terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura. In: Roseni PINHEIRO, Tatiana Engel GERHARDT; Aluísio Gomes da SILVA Jr.; Pablo

Francisco DI LEO; Marisa PONCE; Maria Pía VENTURIELLO. (Org.). Cultura do cuidado e o cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para a efetivação da integralidade em saúde no Mercosul. 1ed.Rio de Janeiro: CEPESC-IMS-UERJ/ABRASCO, 2015, v. 1, p. 240-258.

9. PENNA, M. L. F.. Condição Marcadora e Eventos Sentinela na Avaliação dos Serviços de Saúde.. In: José Paranaguá Santana. (Org.). Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas de Saúde do Distrito Sanitário - Projeto Gerus. Brasília: Ministério da Saúde, 1995, v. , p. 185-192.
10. CECILIO, L. C. O**.** As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e eqüidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo de Mattos. (Org.). Os sentidos da integralidade. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2001, v. , p. 113-126
11. Lopes MGK, Filho HRC, Ferreira IRC, Bueno RE, Moysés ST. Grupos focais: uma estratégia para a pesquisa em saúde. Rev Sul-Bras Odontol. 2008, 7:166-72.
12. Silva Jr. AG. Modelos tecnoassistenciais em saú- de: o debate no campo da Saúde Coletiva. São Paulo: Editora Hucitec; 1998
13. MONKEN, M.; BARCELLOS, C. Vigilância à saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. Cadernos de Saúde Pública. v. 21, n. 3, p.898-906, 2005
14. Rigueira García A. Treatment compliance: what do we know about Spain? Atenção Primaria 2001; 27:559-68
15. Hart JT. The inverse care law. Lancet 1971;1(7696):405-12; Hart JT. Commentary: three decades of the inverse care law. BMJ 2000;320(7226):15
16. TRAVASSOS, Claudia; OLIVEIRA, EXG de; VIACAVA, Francisco. Desigualdades geográficas e sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil: 1998 e 2003. Ciênc saúde coletiva, v. 11, n. 4, p. 975-86, 2006.
17. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Rutten F. Equity in the finance and delivery of health care: an international perspective. Oxford: Oxford University Press; 1993
18. Mielke FB, Olshowsky A. Actions of mental health in family health strategy and the health technologies. Rev Esc Anna Nery. 2011;15(4):762-8. Portuguese

APÊNDICE A - Entrevista Semiestruturada

Dados de Identificação:

Nome:

Profissão:

Estado Civil:

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Questão aberta:

Conte-me sua trajetória no serviço de saúde após ser diagnosticado

Perguntas norteadoras:

1. O que você pensar ter causado seu problema de saúde?
2. Quais serviços tem procurado desde que foi diagnosticado?
3. Quais orientações recebeu?
4. Faz uso de medicamentos? Quais?
5. Tem procurado meios alternativos de tratamento?
6. O que faz quando necessita de atendimento?
7. O que faz quando não consegue acesso a um serviço?

Questão aberta:

Como julga a qualidade dos serviços ofertados

APÊNDICE B - Narrativa Grupo Focal e Roteiro para discussão

História (União dos três casos)

Moravam três irmãos na Região Leste: João, Joaquina e Maria. João morou por quase 20 anos numa área rural da Região Leste, mas após o falecimento de sua esposa decidiu buscar outro espaço, mudando-se para uma área urbana ainda na Região Leste. João tem 74 anos, é hipertenso e diabético, atualmente mora só, e já possui várias complicações decorrentes dessas condições de saúde. A poucos dias saiu de uma internação no Hospital da Região Leste (HRL) de dezenove dias por conta do grave estado dos pés.

Joaquina que nunca saiu da cidade, sempre participou de movimentos sociais e é professora, cuida da família mais do que de si, também tem hipertensão e diabetes. Durante a sua primeira gestação ganhou bastante peso e depois não conseguiu perder. Joaquina também esteve internada no HRL. Seu problema foi por complicações da hipertensão.

Maria, a caçula dos três irmãos, também já morou em outra cidade, porém voltou têm oito anos. Maria tem diabetes, hipertensão e desenvolveu outras patologias que levaram a três embolias pulmonares e duas tromboses.

Cada um desenvolveu um itinerário terapêutico diferente. João tinha uma boa relação com os serviços de saúde da sua antiga cidade, participava do grupo e do hiperdia e até animava o pessoal, encorajando-os a participar. Hoje João não é mais assim, perdeu essa motivação depois que sua esposa faleceu. Quando mudou de uma cidade para a outra, apesar dos locais serem pertos um do outro, não existiu uma conversa entre as equipes para falar do caso e vincular o paciente a esse serviço. João feriu os dois pés e está sendo acompanhado mais de perto, vai a dois serviços da atenção básica, um ao qual está vinculado de fato e outro aonde uma grande amiga da família é agente comunitária de saúde e rotineiramente vai à residência de João fazer curativos em seus pés. Apesar de ser muito bem atendido pela sua equipe de referência, sempre usa um ditado para justificar a ida em outro serviço ‘Que quem tem dois consegue pelo menos um’. Mora na mesma rua do serviço ao qual é vinculado formalmente, mas a ACS só o visitou duas vezes. Durante seu período de internação, o serviço de referência não soube de seu estado de internação.

Joaquina é acompanhada pelo cardiologista, endocrinologista e nutricionista no hospital da cidade, só vai ao centro de saúde duas vezes ao ano, realizar as consultas com o ginecologista. Prefere ser acompanhada no hospital porque é mais perto de sua casa e porque o centro de saúde é muito cheio. Joaquina não acredita em serviço que o cuidado se limita a remédios. Já participou de grupos de Hiperdia, porém foi perdendo o interesse por serem reuniões muito repetitivas. Gostava muito das aulas práticas, como as de preparação de alimentos saudáveis. Mesmo não acreditando em cuidado restrito a medicação, diz que acredita no cuidado ofertado pelas especialidades do hospital. Esteve em um quadro grave e não foi alertada pelo cardiologista. Joaquina fala sobre a necessidade de melhorar a qualidade da comunicação entre ela e os profissionais que à atendem. Ela afirma que foi um pouco negligente com sua saúde, mas também coloca a dificuldade do acesso como um

problema para quem tem a vida corrida como ela. Diz que uma forma de melhorar o acesso é o serviço ter terceiro turno.

Maria tem sua agenda semanal dedicada a idas ao médico, todos os dias da semana tem que realizar visitas a especialistas diferentes. Maria morava próxima a uma unidade básica de saúde, que por motivos desconhecidos teve que mudar de local e durante a reorganização do território a ser coberto, processo que desvinculou a paciente. Um dia Maria foi nessa nova sede realizar suas consultas de rotina e quando chegou lá foi informada que seu prontuário tinha sido levado para o centro de saúde. Ninguém avisou Maria. Ninguém marcou a primeira consulta dela nesse novo serviço. Daí em diante ela teve que marcar suas consultas, madrugar para pegar senha e perdeu os aconselhamentos e visitas feitas pelo agente comunitário de saúde.

Os três irmãos tomam uma grande quantidade de medicamentos diariamente e sentem uma enorme dificuldade em se organizar e consequentemente aderir bem ao tratamento. Às vezes tem dificuldade de acesso aos medicamentos. Outras vezes se perdem nos horários e na quantidade de medicamentos e decidem por si parar de tomar. Dizem que estes não fazem mais o mesmo efeito de antes. Todos eles já passaram por internações hospitalares e precisam de cuidado e atenção redobrados.

Roteiro para discussão

1. Vinculo, Território e Responsabilidade:

João morou por 20 anos em uma determinada área da Região Leste e há um ano e quatro meses no mudou para outra área, ainda na Região Leste. A antiga equipe não fez a transferência e a transição do vínculo para o novo local e a nova equipe.

Seu vínculo se deu depois que teve o primeiro AVC. Ao se mudar, quem estabeleceu seu vínculo com o novo serviço de referência não foi o antigo serviço, mas sim sua vizinha que é ACS de outro serviço. Frequenta os dois serviços, com mais frequência o serviço de referência, pois mora na mesma rua. Só recebeu duas visitas da ACS de sua equipe de referência, que inclusive estava de licença maternidade. "A ACS me abandonou". (Caso João)

‘Quando o postinho mudou o território eu fiquei um ano ainda sendo atendida lá. Ai eles falaram, olha você não vai ser mais assistida aqui, e me mandaram para o postinho, Disseram, olha vai lá ao postinho ver como funciona, quais dias marcam, tudo certinho, você procura lá por que a gente não marca mais consulta.’ (Caso Maria)

2. Ofertas de Serviços e Aderência ao Tratamento;

João tinha uma boa relação com os serviços de saúde da sua antiga cidade, participava do grupo e do hiperdia e até animava o pessoal. Mas no novo serviço, não aderiu às atividades ofertadas pelo serviço. Suas idas ao serviço eram para a troca de receita e curativo. (Caso João)

Joaquina não acredita em serviço que o cuidado se limita a remédios. Mas quando participou do grupo Hiperdia, deixou de ter interesse por serem reuniões muito repetitivas. Diz que era bem legal quando tinham aulas práticas como de preparação de alimentos saudáveis, que já comiam no fim da aula mesmo. Mesmo que afirme não acreditar em cuidado restrito a medicação, diz que acredita no cuidado ofertado pelas especialidades do hopital, mas poderia ter sido melhor. Estava num quadro grave e não foi alertada pelo cardiologista, poderia ter mais conversa. No início o tratamento tinha mais impacto, mas depois estagnou.
Por fim, a perguntei se acredita no cuidado ofertado pelas especialidades no hospital (entrevistadora). Após longa pausa reflexiva, disse que poderia ter sido melhor. Já está num quadro grave e não foi alertada pelo médico cardiologista. Disse que falta mais conversa. No início, afirmou que o tratamento tinha mais impacto, que os remédios causaram maior melhora. (Caso Joaquina)
‘Eu tomo enalapril duas vezes ao dia, propanol também duas vezes ao dia, metformina 500 a noite, tomo um para o colesterol também, mas eu não lembro o nome agora, por que eu tenho colesterol alto também. Tomo ácido fólico por que eu tenho uma anemia que ninguém sabe porque, eles não conseguem descobrir que anemia que é, ai eu melhoro e volta tudo de novo, então eu tomo praticamente direto. Eu tomo um para depressão que é o certralina ne. Tem uns que eu nem tomo mais, eu mesma tirei do cardápio. ’(Caso Maria)

3. Coordenação do cuidado em rede, articulação AB – AE/AH

Depois de internação de 19 dias, saiu do hospital e ficou quase uma semana sem conseguir os remédios de hipertensão. (Caso João)
Para participar de um campeonato, passou por uma bateria de exames que diagnosticou ser hipertensa. A partir daquele momento começou a ser medicada. Joaquina não soube afirmar com certeza de onde surgiu o encaminhamento para o hospital, pois é acompanhada por cardiologista, nutricionista e endocrinologista no Hospital da Região Leste. Desde que deixou de participar do grupo de hipertensão no CS, por curto período, só frequenta o serviço para consulta ginecológica duas vezes ao ano. Diz que o ginecologista fez questão de saber em que serviços transita e como é acompanhada da HAS e DM. Diante da pergunta do médico, afirmou então ser acompanhada no HRL. Diz que o cardiologista, como também nutricionista e endocrinologista não questionam se ela é acompanhada pela AB. Quando iniciou acompanhamento no HRL, não buscou mais o CS. (Caso Joaquina)
‘Quando eu descobri as doenças, cada um me encaminhou para um especialista, eu acabei pegando uns cinco e aí cada dia da semana eu estava em um médico diferente’ (Maria).

4. Acesso e Escuta qualificada
Frequenta os dois serviços "quem tem dois consegue pelo menos um" (Caso João)

Diz que sempre teve consciência do estado de saúde. Relata que com o grau de instrução que tem, sabe a necessidade de estar fazendo acompanhamento mais qualificado, mas que os serviços disponíveis não ajudam. Escolhe o hospital por dois motivos: o primeiro é a distância dos serviços, pois mora na mesma rua do hospital; outro motivo, diz ser o espaço conturbado do CS, muitas filas, muita espera para ser atendida, e que o hospital por mais que seja uma loucura, é melhor que o CS. Acredita que foi negligente em certos pontos com sua saúde. Mas coloca que alguns problemas poderiam ter sido tratados se houvesse mais facilidade de acesso. (Caso Joaquina)

‘Eu preferia ser atendida aqui, porque é mais perto. Aqui em casa vinha o agente comunitário certinho, ouvia minhas histórias, perguntava se estava sendo bem atendida.’ (Caso Maria)

APÊNDIE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de pesquisa “Análise de adequação e viabilidade dos campos de práticas em Atenção Básica vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal para a formação de alunos de graduação em Saúde Coletiva”, sob a responsabilidade do pesquisador Gustavo Nunes de Oliveira. O projeto tem duração de 12 meses. Inscrito no Programa de Iniciação Científica – ProIC/UnB, 2015-2016, pretende analisar a adequação e a viabilidade dos campos de práticas de alunos do curso de Graduação em Gestão em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, em serviços de Atenção Básica da Região de Saúde Leste do Distrito Federal. Serão propostos momentos de discussão com participação de usuários, preceptores, professores e alunos envolvidos nessas atividades práticas em serviços de Atenção Básica à Saúde. A partir dessas discussões os dados serão sistematizados e analisados para compor avaliação de consensos e dissensos entre os participantes e recomendações para a qualificação dos campos de práticas para a formação em Gestão em Saúde Coletiva na Atenção Básica na Região.

Os objetivos dessa pesquisa são: Analisar a adequação e a viabilidade dos campos de práticas em Atenção Básica vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal para a formação de alunos de graduação em Gestão em Saúde Coletiva. Desenvolver roteiro de discussão, com núcleos temáticos embasados em documentos oficiais que norteiam o Curso de Gestão em Saúde Coletiva e as práticas de integração ensino-serviço, para análise de adequação e viabilidade de campos de prática para formação de alunos de graduação, no âmbito da Atenção Básica. Analisar e sistematizar consensos e dissensos sobre a adequação e viabilidade de campos de prática para formação de alunos de graduação em gestão saúde coletiva, no âmbito da Atenção Básica, no território da Sistema Saúde Escola de Saúde, reconhecendo e relacionando as perspectivas de grupos-de-interesse (usuários, preceptores, docentes e alunos). O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da Pesquisa e lhe asseguramos que seu nome não aparecerá sendo mantido o mais rigoroso sigilo através da omissão total de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a).

A sua participação se dará por meio de grupo(s) de discussão propostos e agendados com antecedência mínima de 48 horas, dentro de sua disponibilidade de tempo. Todas

as atividades acontecerão nas instalações de serviços de saúde ou na sede da Regional de Saúde do Paranoá. Nenhuma atividade de participação na pesquisa ultrapassará 4 horas de duração, a cada sessão, podendo ocorrer em mais de uma sessão. A sua participação poderá ser gravada em áudio, vídeo e/ou registrada em fotografias, mediante sua autorização, e posteriormente transcritos e analisados para os objetivos da pesquisa.

Os riscos de sua participação na pesquisa são decorrentes de sua dedicação de tempo e disponibilidade prática e afetiva nas atividades da pesquisa. Discutir sobre falhas no atendimento à saúde, problemas no trabalho cotidiano e relações de poder e hierarquia de comando nas instituições nem sempre é confortável. Há o risco de sofrer retaliações de superiores, ou de colegas de trabalho, ou mesmo de usuários dos seus serviços e comunidade. Para usuários dos serviços pode ocorrer algum tipo de retaliação do serviço, dificuldades de acesso ou mesmo mudança na postura de profissionais de saúde. Para minimizar estes riscos, todo o processo de construção do projeto de pesquisa, seus objetivos e processos, foi discutido com os gestores e gerentes da Regional de Saúde e usuários envolvidos em projetos de extensão e relação ensino-serviço. A indicação dos participantes da pesquisa será realizada mediante o conhecimento e participação das chefias imediatas, gerentes e diretores dos serviços de saúde envolvidos. Serão fornecidos declaração de comparecimento constando a atividade, data e carga horária, sempre que solicitado pelo(a) senhor(a), justificando e documentando sua participação.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a incorporação e reconhecimento das perspectivas de alunos, docentes, gestores, trabalhadores usuários do SUS nos processos de planejamento, gestão e avaliação da integração ensino-serviço. Para a produção e sistematização de

Rubrica Participante:_____ Rubrica Pesquisador Responsável:_____

informações relevantes e estratégicas para acompanhamento e reformulação curricular do Curso de Gestão em Saúde Coletiva. Para a qualificação dos campos de prática na integração ensino-serviço do Sistema Saúde Escola, na Região de Saúde Leste do DF.

O(a) Senhor(a) pode se recusar a responder, ou participar de qualquer atividade, sem que isso lhe traga qualquer tipo constrangimento, podendo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem nenhum prejuízo para o(a) senhor(a). Sua participação é voluntária, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Todas as despesas que você (e seu acompanhante, quando necessário) tiver (tiverem) relacionadas diretamente ao projeto de pesquisa (tais como, passagem para o local da pesquisa, alimentação no local da pesquisa ou exames para realização da pesquisa) serão cobertas pelo pesquisador responsável.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, você poderá ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, após isso serão destruídos.

Se o(a) Senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Prof. Gustavo Nunes de Oliveira, telefone (61) 31071951, na Universidade de Brasília, Celular (61) 96623300, e-mail gustavooliveira@unb.br.

Este projeto foi Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília e no Comitê de Ética da Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde (Fepecs). O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107-1947 ou do e-mail cepfs@unb.br ou cepfsunb@gmail.com, horário de atendimento de 10:00hs às 12:00hs e de 13:30hs às 15:30hs, de segunda a sexta-feira. O CEP/FS se localiza na Faculdade de Ciências da Saúde, Campus Universitário Darcy Ribeiro, Universidade de Brasília, Asa Norte.

Caso concorde em participar, pedimos que assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

_____

Nome / assinatura

_____

Pesquisador Responsável Gustavo Nunes de Oliveira

Brasília, ___ de _____de _____.

APÊNDICE D - Termo de Autorização de Imagem e Som de Voz para fins de pesquisa

Eu,_____, portador do RG _____ autorizo a utilização da minha imagem e som de voz, na qualidade de participante/entrevistado(a) no projeto de pesquisa intitulado Análise de adequação e viabilidade dos campos de práticas em Atenção Básica vinculados à Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal para a formação de alunos de graduação em Saúde Coletiva, sob responsabilidade de Gustavo Nunes de Oliveira vinculado(a) ao Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília.

Minha imagem e som de voz podem ser utilizadas apenas para registro e análise por parte da equipe de pesquisa, uso em apresentações em conferências profissionais e/ou acadêmicas, atividades educacionais e em publicações em papel ou eletrônicas de divulgação da pesquisa e seus produtos. Tenho ciência de que não haverá divulgação da minha imagem nem som de voz por qualquer meio de comunicação, sejam elas televisão, rádio ou internet, exceto nas atividades vinculadas ao ensino e a pesquisa explicitadas acima. Tenho ciência também de que a guarda e demais procedimentos de segurança com relação às imagens e sons de voz são de responsabilidade do pesquisador responsável. Deste modo, declaro que autorizo, livre e espontaneamente, o uso para fins de pesquisa, nos termos acima descritos, da minha imagem e som de voz. Este documento foi elaborado em duas vias, uma ficará com o(a) pesquisador(a) responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

_____

Assinatura do (a) participante

_____

Gustavo Nunes de Oliveira – Pesquisador Responsável.

Brasília, ___ de _____de _____

ANEXO – Parecer Consubstanciado do CEP

FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - CEP/FS-UNB

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Análise de dispositivos de gestão em redes de atenção à saúde: múltiplos olhares para o papel da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal
Pesquisador: Gustavo Nunes de Oliveira
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 49930015.0.0000.0030
Instituição Proponente: Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.429.773

Apresentação do Projeto:
"Trata-se de pesquisa qualitativa participativa, sob o referencial hermenêutico (GADAMER, 2008; RICOEUR, 2010, GUBA E LINCOLN, 2011), com duração de 12 meses. O campo da pesquisa está contratualizado com a Subsecretaria de Atenção Primária a Saúde da Secretaria de Estado da Saúde do DF. Converge com ações no âmbito do projeto de Extensão "Apoio Institucional ao desenvolvimento gerencial da Atenção Básica SUS
DF", em andamento e sob coordenação do pesquisador proponente. A constituição dos processos de reconhecimento e visibilidade da perspectiva do usuário do SUS partirá da metodologia de reconstrução dos Itinerários Terapêuticos (CABRAL ET AL, 2011; GERHARDT, 2006) de usuários na Rede SUS na Regional em foco. Os critérios de inclusão e exclusão para reconstrução dos itinerários serão definidos a partir de Eventos Críticos ou Eventos Sentinela, analisadores de situações evitáveis e recentes (nos últimos 6 meses), sensíveis à atenção básica, eleitos como prioritários em uma oficina, na qual serão realizadas discussões envolvendo gestores, gerentes, trabalhadores e usuários, sobre o papel da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde. Serão definidos pelo menos três eventos: 1) que enfoque a relação entre a atenção básica e a atenção especializada; 2) que enfoque os parâmetros de adscrição de clientela e a responsabilidade sanitária dos serviços de saúde; 3) que enfoque a coordenação do cuidado em

Endereço: Faculdade de Ciências da Saúde - Campus Darcy Ribeiro
Bairro: Asa Norte **CEP:** 70.910-900
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3107-1947 **E-mail:** cepfsunb@gmail.com

rede a partir da atenção básica. Para cada Evento eleito, serão levantados grupos de usuários que se relacionaram com o Evento. Será reconstruído o itinerário de pelo menos um usuário envolvido em cada um dos Eventos
Críticos/Sentinela definidos. A análise das práticas avaliativas ocorrerá a partir de entrevistas e discussões de caso com gestores, gerentes e profissionais de saúde de serviços de saúde da Regional em foco. Os subsídios para essas discussões e entrevistas serão formulados a partir dos estudos de Itinerários Terapêuticos definidos na etapa anterior. O material de pesquisa será analisado sob o referencial da Hermenêutica Crítica e, a partir da composição de categorias analíticas e avaliativas, os pesquisadores realizarão devolutivas (ciclos hermenêuticos) em duas oficinas (devolutiva parcial, ao final do primeiro semestre de pesquisa e devolutiva final). A partir dessas categorias os sujeitos de pesquisa formularão coletivamente o produto: "Recomendações para qualificação da gestão e aprimoramento do papel da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde – Regional Paranoá-Itapoã", o qual configura um dos produtos finais da pesquisa, no relatório final de pesquisa e publicações decorrentes."
" Todas as atividades de oficinas, reuniões e entrevistas serão gravadas em audio de voz e terão seu conteúdo transcrito para compor os dados de pesquisa (que incluirão também documentos oficiais e os diários de campo de pesquisadores envolvidos), mediante TCLE."

Objetivo da Pesquisa:
Objetivo Primário:
Analisar o papel que a atenção básica à saúde tem exercido para aprimoramento das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde, na Regional de Saúde do Paranoá-Itapoã, na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores.
Objetivo Secundário:
1)Constituir processos de reconhecimento e visibilidade da perspectiva do usuário do SUS, na Regional Paranoá-Itapoã, ampliando sua interferência na elaboração implementação de dispositivos de gestão que qualifiquem o papel da atenção básica em relação às Redes de Atenção à Saúde;
2)Analisar as práticas avaliativas exercidas no cotidiano do trabalho de gestores, gerentes e profissionais de saúde, no âmbito da Atenção Básica, e sua contribuição para a qualificação dos processos de gestão e qualificação do papel da atenção básica em relação às Redes de Atenção à Saúde.

"Riscos:
Não há riscos biológicos envolvidos. A proposta metodológica participativa reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das diversidades étnicas, culturais e políticas. A contratualização política necessária para o desenvolvimento e viabilidade da pesquisa está ancorada no convênio entre UnB e SES/DF, no âmbito da Rede Escola de Saúde.
Benefícios:
Reconhecimento e visibilidade de necessidades e perspectivas de usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Incorporação de metodologias participativas de gestão e qualificação da atenção primária na Regional em foco. Qualificação e ampliação do acesso a serviços de saúde. Todos os benefícios são efeitos previstos da pesquisa e não há outros benefícios diretos a sujeitos de pesquisa, que não estes."

Após o retorno das pendências:
"Riscos
Os riscos ao participante da pesquisa são decorrentes de sua dedicação de tempo e disponibilidade prática e afetiva nas atividades da pesquisa. Discutir sobre falhas no atendimento à saúde, problemas no trabalho cotidiano e relações de poder e hierarquia de comando nas instituições nem sempre é confortável. Há o risco de sofrer retaliações de superiores, ou de colegas de trabalho, ou mesmo de usuários dos seus serviços e comunidade. Para minimizar estes riscos, todo o processo de construção do projeto de pesquisa, seus objetivos e processos, foi discutido com os gestores e gerentes da Regional de Saúde do Paranoá e usuários envolvidos. A indicação dos participantes da pesquisa será realizada mediante o conhecimento e participação das chefias imediatas, gerentes e diretores dos serviços de saúde envolvidos. Serão fornecidos declaração de comparecimento constando a atividade, data e carga horária, sempre que solicitado pelo(a) senhor(a), justificando e documentando sua participação. A proposta metodológica participativa reconhece e cria dispositivos concretos para o acolhimento e reconhecimento das diversidades étnicas, culturais e políticas. A contratualização política necessária para o desenvolvimento e viabilidade da pesquisa está ancorada no convênio entre UnB e SES/DF, no âmbito da Rede Escola de Saúde.

Benefícios
Reconhecimento e visibilidade de necessidades e perspectivas de usuários, trabalhadores e gestores do SUS. Incorporação de metodologias participativas de gestão e qualificação da atenção

primária na Regional em foco. Qualificação e ampliação do acesso a serviços de saúde. Todos os benefícios são efeitos previstos da pesquisa e não há outros benefícios diretos a participantes da pesquisa, que não estes."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de projeto de Iniciação Científica, sob orientação do Prof. Gustavo Nunes de Oliveira, do Departamento de Saúde Coletiva. O projeto prevê a participação de 30 pessoas, entre gestores e usuários e profissionais de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes termos:

- Orçamento (Orcamentodispositvosgestao.doc em 05/10/2015 e Orcamentodispositvosgestao.pdf em 23/09/2015) – com previsão de gastos com combustível para deslocamento (R$ 690,00).
- Declaração de Instituição e Infraestrutura (FEPECSTermoAnuenciaCEP2015dispositivosges.doc em 05/10/2015 e anuenciacopartpesqdispositivosgestao.pdf em 23/09/2015) – assinado pelo Subsecretário de Atenção Primária da SES-DF.
- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLEpesquisaanalisegestparanoa.docx em 05/10/2015 e TCLE pesquisa analise gestão paranoa.pdf em 05/05/2015) – foi apresentado um único documento para TCLE e Termo de Autorização para uso de Imagem e Som de Voz. Não possui cabeçalho, não constam riscos e benefícios, nem direito à indenização ou ressarcimento de despesas relacionadas à participação na pesquisa. Não consta o parágrafo referente à função do CEP. PENDÊNCIA
- Declaraçãc de Pesquisadores (TermoRespCompromPesqCEPFSdispositivosgest.doc em 05/10/2015 e termorespdispositivosgeta.pdf em 23/09/2015)
- Folha de Rosto (frostcnpdispositivos.pdf em 05/10/2015) – assinada pela diretora da FS
- Declaração de Pesquisadores (LattesGustavoNunesdeOliveira.pdf em 23/09/2015)
- Outros (cartaencamindispositivosgetao.pdf em 23/09/2015)

-Projeto Detalhado / Brochura Investigador (Projeto de Pesquisa Análise Gestão Paranoá Gustavo Nunes de Oliveira.docx em 05/05/2015)

E, após o retorno das pendências, os seguintes documentos foram acrescentados:

- Carta de resposta às pendências do CEP (CartaRespPendenciasParecerCEP1308708CAE49930015000000030.doc e

CartaRespPendenciasParecerCEP1308708CAE49930015000000030.pdf em 23/01/2016)
- Projeto Detalhado / Brochura Investigador (ProjetoPesquisaAnaliseGestaoParanoaGustavoNunesdeOliveiraRevisado.docx e ProjetoPesquisaAnaliseGestaoParanoaGustavoNunesdeOliveiraRevisado.pdf em 23/01/2016)
- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TermoAutorizImagemSomDispositivosGestao.pdf e TermoAutorizImagemSomDispositivosGestao.docx em 23/01/2016)
- TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência (TCLEpesquisaanalisegestparanoarevisado.docx e TCLEpesquisaanalisegestparanoarevisado.pdf em 23/01/2016)

Recomendações:
Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:
Solicita-se que as seguintes pendências sejam atendidas:
1. Quanto ao TCLE, foi apresentado um único documento para TCLE e Termo de Autorização para uso de Imagem e Som de Voz. Separar e apresentar dois documentos, conforme orientações disponíveis em: http://fs.unb.br/cep/index.php/modelos-de-documentos.
Solicita-se: (PENDÊNCIA ATENDIDA - o termo foi anexado e está adequado em termos de conteúdo e linguagem)
1.a) Inserir cabeçalho, identificando instituição e curso de origem do pesquisador. PENDÊNCIA ATENDIDA
1.b) Inserir riscos (e maneira de minimizá-los) e benefícios. PENDÊNCIA ATENDIDA
1.c) Incluir garantia de indenização diante de eventuais danos decorrentes da participação na pesquisa e ressarcimento de despesas relacionadas à participação na pesquisa, conforme exigido pelo item IV.3, subitens g e h, e item IV.4, subitem c da Resolução CNS/MS 466/12. PENDÊNCIA ATENDIDA
1.d) Inserir o parágrafo referente à função do CEP, conforme constante no modelo disponível em http://fs.unb.br/cep/index.php/modelos-de-documentos. PENDÊNCIA ATENDIDA
2. Em todo o texto, substituir "sujeitos de pesquisa" por "participantes de pesquisa". PENDÊNCIA ATENDIDA
3. Segundo a resolução CNS/MS 466/12, em seu item V, "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco em tipos e gradações variados.". E ainda, "II.22 - risco da pesquisa - possibilidade de

Assentimento / Justificativa de Ausência	sado.docx	09:43:42	Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisaanalisegestparanoarevisado.pdf	23/01/2016 09:42:49	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamentodispositivosgestao.doc	05/10/2015 12:09:14	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FEPECSTermoAnuenciaCEP2015dispositivosges.doc	05/10/2015 12:04:23	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesqCEPFSdispositivosgest.doc	05/10/2015 12:01:50	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Folha de Rosto	frostcnpdispositivos.pdf	05/10/2015 11:59:10	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	LattesGustavoNunesdeOliveira.pdf	23/09/2015 22:02:00	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Outros	cartaencamindispositivosgetao.pdf	23/09/2015 22:00:38	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuenciacopartpesqdispositivosgestao.pdf	23/09/2015 22:00:03	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Orçamento	Orcamentodispositivosgestao.pdf	23/09/2015 21:59:33	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termorespdispositivosgeta.pdf	23/09/2015 21:57:22	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

BRASILIA, 29 de Fevereiro de 2016

Assinado por:
Keila Elizabeth Fontana
(Coordenador)