



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADES DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA**

ANA CAROLINA MARQUES BINACETT

**O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONFORMAÇÃO DAS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO LESTE DO
DISTRITO FEDERAL**

**BRASÍLIA
INVERNO, 2016**

ANA CAROLINA MARQUES BINACETT

**O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONFORMAÇÃO DAS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO LESTE DO
DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado ao Departamento de Saúde coletiva como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em
Gestão em Saúde Coletiva.

ORIENTADOR: PROF. DR. GUSTAVO NUNES DE OLIVEIRA

CO-ORIENTADORA: PROF^a. DR^a. CLÁUDIA PEDROSA

BRASÍLIA
INVERNO, 2016

ANA CAROLINA MARQUES BINACETT

**O PAPEL DA ATENÇÃO BÁSICA NA CONFORMAÇÃO DAS REDES
DE ATENÇÃO À SAÚDE DA REGIÃO LESTE DO
DISTRITO FEDERAL**

Trabalho de Conclusão de Curso de graduação
apresentado ao Departamento de Saúde coletiva como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharela em
Gestão em Saúde Coletiva.

Aprovado em: ____ de _____ de _____ .

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Dais Rocha - Universidade de Brasília

Prof^a. Dr^a. Claudia Pedrosa - Universidade de Brasília (co-orientadora)

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

RESUMO

Para garantia de atenção integral, os sistemas de saúde tem se organizado de forma articulada, em redes regionalizadas formadas a partir dos serviços de todos os níveis assistenciais. Em 2010 o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes organizacionais para as Redes de Atenção à Saúde com objetivo de organizar a rede de serviços e superar a fragmentação do cuidado, melhorar a qualidade de vida e equidade em saúde. Nesta organização, é de suma importância que a cada necessidade de atendimento em saúde exista um ponto de entrada de fácil acesso. Neste contexto, e pelos outros elementos que a compõe, a Atenção Básica exerce a função de centro de comunicação e coordenação da rede se efetivando como porta de entrada preferencial (não exclusiva). No entanto, percebe-se a fragilidade da articulação entre os serviços componentes da rede assistencial e das funções necessárias para a Atenção Básica exercer seu papel de protagonismo na condução do cuidado em rede. Logo, este estudo objetiva analisar o papel que a Atenção Básica tem exercido para aprimoramento das Redes de Atenção à Saúde no SUS na Região Leste de Saúde do DF, na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores. Pesquisa avaliativa participativa com abordagem qualitativa sob o referencial hermenêutico, utiliza da técnica de reconstrução de Itinerários Terapêuticos para trazer a perspectiva do usuário confrontado com as opiniões dos profissionais e gestores da Região no grupo focal. Os resultados evidenciam questões estruturais na rede que necessitam ser enfrentados, concomitante à qualificação e fortalecimento da Atenção Básica.

PALAVRAS-CHAVE

Redes de Atenção à Saúde, Atenção Primária à Saúde, Integralidade em Saúde, Itinerários Terapêuticos, Cuidado em Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	5
2 METODOLOGIA	8
3 RESULTADOS E DISCUSSÃO	12
3.1 A ATENÇÃO BÁSICA E SUAS FUNÇÕES PARA COORDENAR A REDE.....	13
3.2 CONVERSAR PARA SE TER REDE.....	17
4 CONSIDERAÇÕES FINAIS	22
5 REFERÊNCIAS	24
APÊNDICE A	29
APÊNDICE B	30
APÊNDICE C	36
APÊNDICE D	39
ANEXO	41

1 INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) se apresenta internacionalmente como estratégia de organização regionalizada de atenção à saúde com abordagem familiar e comunitária de forma contínua, a qual integra ações e serviços do sistema de saúde para garantir a integralidade do cuidado. (CAMPOS et al, 2008; MATTA & MOROSINI, 2006; STARFIELD, 2002) No Brasil, a APS, ou Atenção Básica (AB) como adotado, incorpora elementos da reforma sanitária e enfatiza a mudança do modelo assistencial. Caracteriza-se por integrar a atenção individual e coletiva por meio da promoção, prevenção, proteção e reabilitação para a manutenção da saúde orientada pelos princípios da universalidade, acessibilidade, continuidade, integralidade e coordenação do cuidado, responsabilização, equidade, vínculo e participação social. (BRASIL, 2006) Segundo Bárbara Starfield (2002), a APS possui quatro atributos essenciais e três classificados como derivados que a diferencia dos demais níveis assistenciais. Os atributos essenciais são: acessibilidade (implica a porta de entrada para cada novo problema que requer atenção à saúde); longitudinalidade (aporte regular do cuidado pela equipe de saúde em relação que se evidencia confiança, humanização e vínculo entre equipe com o usuário/família); integralidade (capacidade de ofertar conjunto de serviços que atendam as necessidades de saúde da população e responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção e cuidado adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que influem no processo de adoecimento); e coordenação (atuar como centro de comunicação e articulação das Redes de Atenção à Saúde). Os atributos derivados são focalização na família; orientação comunitária e competência cultural.

Para garantia de atenção integral, os sistemas de saúde tem se organizado de forma articulada, em redes regionalizadas formadas a partir dos serviços de todos os níveis assistenciais. Em 2010 o Ministério da Saúde instituiu as diretrizes organizacionais para as Redes de Atenção à Saúde (RAS) por meio da Portaria nº 4.279, com objetivo de organizar a rede de serviços e superar a fragmentação do cuidado, melhorar a qualidade de vida e equidade em saúde (BRASIL, 2010). Segundo Mendes (2011) o conceito de RAS se apresenta como:

organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação

cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p. 82)

Nesta organização, é de suma importância que a cada necessidade de atendimento em saúde exista um ponto de entrada de fácil acesso (STARFIELD, 2002). A igualdade de acesso aos serviços de saúde, mais precisamente ao nível primário, é colocada como aspecto essencial para superar as iniquidades sociais. (BRASIL, 2002) Neste contexto, e pelos outros elementos que a compõe, a Atenção Básica se apresenta como porta de entrada preferencial, não exclusiva, capaz de interpretar os problemas apresentados pela população no seu contexto histórico e social reduzindo as desigualdades em saúde, e coordenando a continuidade do cuidado nos demais níveis de atenção. (STARFIELD, 2002; SOUSA, 2008; MENDES, 2011). Cunha e Giovanella (2011) colocam o acesso aos serviços de saúde como indispensável para a continuidade do cuidado e a coordenação como facilitador. A articulação entre a Atenção Básica e a Atenção Especializada constitui atualmente em grande preocupação para a efetivação do cuidado em saúde. Em estudo, Almeida et al (2013) analisam ainda serem muito incipientes meios que viabilizem melhor coordenação da Atenção Básica nesta relação. A ausência de integração da rede assistencial, aliada à oferta insuficiente, reflete negativamente no acesso aos serviços especializados. (ALMEIDA et al., 2010).

Tais fragilidades refletem no comprometimento de uma AB resolutive, tendo em vista a limitação em dar continuidade no cuidado, como também na sua função de coordenação. A avaliação dos Eventos Sentinela, e condições sensíveis à APS, situações evitáveis que evidenciam dificuldades em âmbito organizacional e assistencial, apresentam-se como meio de evidenciar desafios na AB e RAS que requerem ser superados. (ALFRADIQUE, 2009; PENNA, 1997) Nesta perspectiva, o Itinerário Terapêutico (IT) corrobora como importante ferramenta para a análise das RAS e integralidade das ações e cuidados em saúde. Traz contribuições da antropologia e possibilita revelar a relação do cuidado na cultura e da cultura como

também as formas alternativas de cuidado e as diversidades humanas presentes em cada sociedade. (GERHARDT & RUIZ, 2015)

A Região Leste (RL) de Saúde do Distrito Federal território onde a pesquisa foi realizada, é composta pelas Regiões Administrativas Paranoá, Itapoã, São Sebastião e Jardim Botânico, com população total estimada em mais de 244 mil habitantes segundo dados da Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios. Os dados da pesquisa trazem características marcantes que refletem em carências nas áreas de desenvolvimento social, com exceção do Jardim Botânico, que apresenta melhores indicadores de renda, situação de moradia, educação, entre outros. (CODEPLAN, 2016a) Informações como educação e condição das residências ocupadas são bons exemplos para ilustrar alguns desafios presentes região. A escolaridade da população do Itapoã, Paranoá e São Sebastião com mais de 25 anos concentra-se na categoria dos que têm fundamental incompleto, seguida pelo nível médio completo. Quanto à condição dos domicílios ocupados, chega a 77,97% no Paranoá o percentual de residências próprias e alugadas em áreas não regularizadas/invasão. No Itapoã e São Sebastião o percentual é de 62,28% e 43,28% respectivamente. (CODEPLAN, 2015; CODEPLAN, 2016b; CODEPLAN 2016c) Estes dados refletem o alto crescimento populacional na região desassociado de infraestrutura. A AB na região é dividido entre o modelo tradicional e Estratégia Saúde da Família. Segundo dados do DATASUS a cobertura de Estratégia Saúde da Família é de 47,35%, embora percebamos que este percentual não reflita a real situação da Região. A maior parte da população é atendida nos serviços que ainda operam o modelo tradicional da AB. O Centro de Saúde do Paranoá e São Sebastião são responsáveis por aproximadamente 120 mil pessoas cada um.

Neste universo brevemente contextualizado, se faz necessário constante discussão e avaliação da atuação da Atenção Básica de forma que possibilite o aprimoramento de seus processos e das Redes de Atenção à Saúde, como meio de organização capaz de ofertar atenção à saúde de forma contínua, integral e de qualidade. Logo, este estudo objetiva analisar o papel que a AB tem exercido para aprimoramento das RAS no SUS da Região Leste de Saúde do DF, na perspectiva de usuários, trabalhadores e gestores.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um pesquisa avaliativa participativa com abordagem qualitativa sob o referencial hermenêutico. Não há consenso sobre o conceito de pesquisa qualitativa. Esta deixa de ser apenas "a pesquisa que não é quantitativa", a muitas identidades. (DESLANDES & ASSIS, 2002; GIBBS, 2009). Denzin e Lincoln (2006) afirmam que a pesquisa qualitativa é um campo de investigação que atravessa disciplinas, campos e temas e a definem genericamente de forma inicial como "atividade situada que localiza o observador no mundo" formada por um conjunto de práticas materiais e interpretativas que possibilitam a visão do mundo (DENZIN & LINCOLN, 2006, p.17). Segundo Minayo (1992) tais práticas têm o objetivo de compreender a lógica de grupos, instituições e atores quanto a valores culturais, crenças, relações, processos históricos, sociais e de implementação de políticas públicas e sociais.

Atualmente observa-se que as universidades têm grande distanciamento da sociedade. Antes de expor os motivos que conduziram à utilização da abordagem metodológica, faz-se necessário algumas considerações sobre esta relação. Desde que as universidades deixaram de ser mantidas exclusivamente pela Igreja e pelo Estado, existe a preocupação de garantir o afastamento de vieses no ambiente acadêmico tendo como principais imperativos o pensamento livre e a investigação. As estratégias utilizadas para proteger as universidades da limitação doutrinária e política, combinado a outros fatores, levou a um drástico enfraquecimento da articulação social e ao fortalecimento da relação com a elite. Logo, por mais que tenha havido estímulo à pesquisa, as agendas não atingiam (e ainda não atingem) as necessidades de grupos sociais para além dos muros da universidade, o que levou a produção de pesquisas sem valor de uso e que se afastam das questões sociais públicas relevantes. A pesquisa voltada para a mudança social, busca reconectar as universidades à sociedade de forma a restabelecer o importante papel que deve desempenhar na produção de conhecimento útil para impactos sociais que não sejam apenas a indivíduos acadêmicos. Tem objetivo de solucionar problemas

com colaboradores locais que participam em todas as fases da pesquisa e na aplicação do saber produzido (TIOLENT, 1986; DENZIN & LINCOLN, 2006).

A pesquisa-ação (TIOLENT, 1986), a pesquisa avaliativa participativa (DENZIN & LINCOLN, 2006) e a pesquisa-intervenção (PAULON & ROMAGNOLI, 2010; ROCHA & AGUIAR, 2003) representam, no campo da pesquisa qualitativa, esse esforço de uma nova relação entre a universidade e a sociedade. Neste trabalho procuramos nos incorporar a essa tendência escolhendo caminhos metodológicos da pesquisa de avaliação qualitativa e participativa, buscando fazer do processo de pesquisar como uma intervenção (BAREMBLITT, 2002; L'ABBATE, 2003) nesta relação entre Universidade e Sociedade no sentido do desenvolvimento institucional do SUS (OLIVEIRA et al, 2014), no caso específico, fortalecer a relação cooperativa entre a Universidade de Brasília e a RL do Distrito Federal, no âmbito da Atenção Primária à Saúde.

O processo de reconhecimento e visibilidade para a perspectiva do usuário do SUS da RL foi feito através da metodologia de reconstrução de Itinerários Terapêuticos. Os critérios de inclusão e exclusão para a reconstrução dos itinerários foram definidos a partir de Eventos Sentinelas com objetivo de obter analisadores sensíveis à Atenção Básica e que evidenciassem a relação desta com a Rede de Atenção à Saúde com ênfase na relação entre AB e Atenção Especializada. Os Eventos Sentinelas buscados na região deveriam contemplar os seguintes critérios:

1. Problemas de saúde grave reconhecido pela equipe, sabidamente evitável nas condições do contexto do sistema local;
2. Problema de saúde bem definido e de fácil diagnóstico;
3. Viabilidade de identificação das equipes e usuários envolvidos para a reconstrução do IT;
4. As condutas frente a condição devem ser bem definidas em pelo menos um dos seguintes processos: prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação ou insumos;
5. Caso que envolva mais de um nível de atenção (Atenção Especializada);
6. Usuário morador da RL;
7. Evento recente ocorrido nos últimos seis meses.

Estes critérios foram definidos a partir de revisão da literatura sobre Eventos Sentinela e discussões com a Gerência de Enfermagem e Vigilância em Saúde da Atenção Primária da RL e grupo de pesquisa Políticas, Gestão e Democracia nas Instituições de Saúde, vinculado ao Departamento de Saúde Coletiva, Faculdade de Ciências da Saúde, UnB.

A busca dos casos foi realizada nos serviços da AB, nas equipes de Saúde da Família da região, observação participante no Pronto Socorro do Hospital da Região Leste e busca ativa na comunidade. A entrevista em profundidade com roteiro semiestruturado (Apêndice A) para reconstrução do IT foi realizada com três dos nove casos de Eventos Sentinela encontrados na região, eleitos por melhor se enquadrarem nos critérios citados acima. Deste modo, procurou-se dar prioridade, visibilidade e dizibilidade à perspectiva do usuário do SUS da RL. Os analisadores constituídos e organizados em um roteiro de discussão, a partir da interpretação da pesquisadora do material de pesquisa produzido pelos usuários entrevistados com a técnica de reconstrução dos ITs, foram confrontados com as perspectivas de gestores e trabalhadores da RL utilizando-se a técnica de grupo focal.

Os Grupos Focais possibilitam a compreensão da construção das percepções, atitudes e representações sociais de grupos humanos acerca de um tema específico e observar o processo de interação que se dá entre os participantes (VEIGA & GONDIM, 2001; MADRIZ, 2002). Com intuito de despolarizar as trajetórias pessoais dos três ITs para o roteiro de discussão, criamos uma história fictícia com a junção dos analisadores obtidos. A discussão foi dividida em quatro momentos -1. Vínculo, Território e Responsabilidade; 2. Ofertas de Serviços e Aderência ao Tratamento; 3. Coordenação do cuidado em rede, articulação AB e Atenção Especializada (AE)/Atenção Hospitalar (AH); 4. Acesso e Escuta qualificada-, cada um com recortes da história que ilustrassem os analisadores a serem abordados. (Apêndice B) O grupo focal contou com a participação de seis trabalhadores da rede com representações dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), Diretoria de Atenção Primária à Saúde (Diraps) e gerentes de serviço.

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 Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília e pelo Comitê 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).

A análise das transcrições possibilitou a identificação de temas que foram separados em dois conjuntos temáticos: A Atenção Básica e suas funções para coordenar a rede e; Conversar para se ter rede. Esses resultados foram cotejados com a literatura científica atual em cada eixo, para compor a discussão e as considerações adiante apresentadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A reconstrução do Itinerário Terapêutico dos três usuários da rede trouxeram um retrato dos caminhos trilhados pela população da RL que adequam as possibilidades ofertadas pelos serviços às suas necessidades, formulando seus itinerários que não necessariamente seguem o fluxo como o idealizado pelos técnicos e suas normas, como também a atuação da Atenção Básica ou a falta dela na coordenação destes fluxos.

O primeiro destino buscado para a identificação dos Eventos Sentinelas para escolha dos casos que melhor potencializariam as discussões subsequentes foi nos serviços da AB, principalmente nas equipes de Saúde da Família, porém, houve muita dificuldade entre os profissionais das equipes em identificar os casos para o estudo. Não havia conhecimento a respeito dos usuários que passaram por internação, agravos decorrentes de condições crônicas de saúde ou qualquer problema que tenha necessitado da AE/AH. Por este motivo se fez necessário observação participante no Pronto Socorro do Hospital da Região Leste onde facilmente foi possível identificar entre pacientes internados e aqueles que aguardavam na fila de espera, pessoas com condições sensíveis à Atenção Básica. Importante ressaltar que boa parte dos pacientes classificados como verdes e azuis que chegavam a esperar o atendimento a mais de dez horas eram por agudizações de condições crônicas.

Dos eventos identificados, três foram escolhidos por melhor se enquadrarem nos critérios de inclusão e trazer mais analisadores potentes para a discussão com os gestores, gerentes e profissionais de saúde. Os Itinerários Terapêuticos foram utilizados de forma a trazer analisadores gerais da RL, não personificados, mas também trazer de forma sensível os diversos fatores que influem na dinâmica das redes (vivas) de atenção à saúde. Como coloca Merhy (2014), cada usuário carrega um mundo de possibilidades ao adentrar um serviço de saúde, como também, um mundo de possibilidades de tecer a rede de apoio e cuidado. Desta forma, falar de Redes de Atenção à Saúde, será falar de uma rede não estática, tecida por pessoas, destinadas a pessoas, que tecem cada um a seu modo, de acordo com suas trajetórias, culturas, experiências, possibilidades.

Com o propósito de discorrer sobre os resultados da reconstrução dos ITs e do grupo focal, o texto será dividido em duas partes: “A Atenção Básica e suas funções para coordenar a rede” e “Conversar para se ter rede”.

3. 1 A ATENÇÃO BÁSICA E SUAS FUNÇÕES PARA COORDENAR A REDE

Para que a Atenção Básica coordene as RAS, é preciso que esta tenha vínculo com a população. Mas antes de estabelecer vínculo com as equipes de referência, é necessário que a população tenha acesso. Os IT evidenciaram dificuldades de acesso à AB relacionados à constante lotação e falta de terceiro turno (atendimento noturno). Diante das observações nos serviços de AB do território, percebemos que existem processos organizacionais que aumentam o distanciamento da população, tais como: a distribuição de fichas para marcação de consulta; e divisão da agenda semanal da equipe por programas ou grupos de atendimento. Problemas relacionados ao acesso influem diretamente no vínculo necessário da AB para cumprir seu papel de coordenação da rede. A desvinculação do usuário após o início do tratamento com o nível especializado foi um analisador observado. A partir dos diálogos do grupo focal, uma das razões para o abandono do tratamento no âmbito da AB se dá em virtude da cultura que valoriza mais o médico do hospital (especialista) do que o médico da Atenção Básica (generalista).

A não transferência de vínculo do usuário entre os serviços da Atenção Básica quando este se muda da área de abrangência do serviço para outra área se apresenta como mais um analisador que demonstra a fragilidade do estabelecimento do vínculo do usuário na AB. A fim de garantir a continuidade do acompanhamento, há serviços que fazem a transferência dos prontuários via malote, mas que isso não acontece de forma institucionalizada, e que encontra barreiras neste percurso quando envolve serviços como Centros de Saúde que ainda operam no modelo tradicional com pouca definição de território adstrito. Esta questão ainda encontra mais dificuldades quando não se sabe o novo endereço do usuário. Destinam a responsabilidade de transferir o vínculo tanto da nova quanto da antiga equipe referência do usuário, pois para que o cuidado não seja pautado numa prática “queixa conduta”, a equipe deve saber de onde o paciente vem, e dar seguimento ao

tratamento iniciado no serviço anterior numa abordagem familiar e comunitária. Essa questão foi muito relacionada ao interesse da equipe e dos profissionais. Ainda, foi colocado a importância do usuário nestas transferências de vínculos, em informar sua mudança à equipe de forma a facilitar a vinculação ao novo serviço.

A fragilidade do vínculo entre a população e os serviços da AB também se exprime na vinculação de usuário à equipe de referência apenas após o acontecimento de um evento agudo. Em um IT foi analisado caso em que o usuário de área adscrita só teve vínculo estabelecido após a necessidade de acompanhamento por conta de agudização de condição crônica. No grupo focal, a vinculação tardia do usuário foi justificada pela alta demanda nos serviços e principalmente pelo fato de quase 70% da população ser atendida nos Centros de Saúde ainda no modelo tradicional no qual não há território definido de abrangência, por esta razão, afirmaram não ser possível realizar busca ativa da população, nem mesmo de pessoas que requerem maiores cuidados.

“É porque quando se define o território máximo de PSF e se imagina territorialização, é pensando no que a equipe dá conta de solucionar. Mas continuamente não se pode esperar isso do centro [Centro de Saúde], que tem 150mil pessoas sob sua responsabilidade, não, assim, sob seu guarda-chuva. É impossível você pedir busca ativa.” (Gerente de Serviço)

O trecho revela uma perspectiva voltada para uma racionalidade da viabilidade centrada na visão de necessidade do trabalhador, e não nas necessidades de saúde da população. Faz-se importante o questionamento da consistência da responsabilidade dos serviços que ainda atuam no modelo tradicional, levando em consideração que até casos que deveriam ser prioridades para a AB não são buscados pela equipe. Tal responsabilidade se expressa numa percepção de obrigação, resposta institucional ‘qualquer’ a quem procura o serviço. É reconhecido o esforço dos profissionais de saúde que se voltam a garantir resposta qualificada às necessidades demandadas pela população, no entanto, ao se permitir a permanência de casos prioritários invisíveis ao serviço com base na demanda excessiva, tornam-se produtores de iniquidades em termos populacionais. De certo tal análise não busca culpabilizar o trabalhador que também padece da consolidação incipiente desse sistema, mas de igual modo, não se pode considerá-lo

apenas como vítima, pois também é coprodutor da situação na medida em que coloca a manutenção na condição institucionalizada como prioritária à sua própria sobrevivência e 'autoriza' a perpetuação de manter o sistema estático.

A oferta de serviços e adesão ao tratamento na Atenção Básica tem fortes conexões com o estabelecimento de vínculo. Um analisador dos ITs foi a não crença em cuidado que se limita a medicamentos. Os grupos de Hiperdia, uma das estratégias utilizadas nos serviços para ampliar a oferta de cuidado para além das medicações, e também tida como uma das categorias de análise a partir dos ITs como uma oferta não atrativa e repetitiva. Há o entendimento de que as práticas grupais necessitam ser revistas, deixar de serem construídas pelos profissionais de saúde, mas serem construídas pelos e para os usuários. Voltar a centralidade do cuidado ao usuário é algo colocado que melhoraria a adesão ao tratamento.

"Eu acho que a saúde tem uma história muito autoritária, o profissional de saúde é dono da saúde da pessoa. Então a pessoa deixa de ser dona da sua saúde, do seu corpo. De repente alguém diz para você o que você deve fazer o que é certo fazer e de uma maneira autoritária, em todos os aspectos, desde o médico passando por todos os profissionais. A saúde acaba tendo um caráter autoritário. Ela é centrada no profissional ou na pessoa que está lá? Então nessas palestras né. Por que sou eu que vou dizer o que vai ser falado nas palestras e não você falar o que querem ouvir? De repente você decide os temas todos, de todas as palestras. E você nem parou para perguntar o que as pessoas querem saber, e as pessoas querem saber de qualquer outra coisa. Se você empodera o grupo. ' Ah! , vamos tirar o tema da próxima reunião?' 'Vamos' O próprio grupo decide entre si. E isso modifica demais a adesão. Começa a substituir remédios, conversar sobre a repercussão do remédio."
(Gerente de Serviço)

As atividades grupais evidenciam o foco dos profissionais de saúde na enfermidade descolado das pessoas que participam, do seu Joaquim, da dona Maria. Autores como Starfield (2002), Mendes (2011), Campos et al. (2008), reforçam a ideia de que para a atenção primária ser efetiva, deve ser centrada na pessoa e nos Determinantes Sociais em Saúde, (BUSS & PELLEGRINI FILHO, 2007) e não exclusivamente na enfermidade. Isso nos diz respeito a um cuidado que contemple aspectos sociais, culturais, educacionais, ambientais, entre outros. A

adesão ao tratamento, a construção do vínculo com a comunidade não são possíveis se descolados da realidade dos usuários. Para seguir qualquer tratamento, antes este precisa fazer sentido ao usuário, precisa tocar. E pra tocar, é preciso tocar o real.

Foi analisado pelos diálogos do grupo focal a necessidade de contemplar as subjetividades da pessoa no cuidado, conhecer a realidade da comunidade pela equipe de referência. Entender como os Determinantes Sociais influem em seu tratamento para que possibilite o estabelecimento de vínculo, confiança e liberdade ao usuário na relação com os profissionais de saúde. As trocas entre a equipe são tidas como um fator que facilita o conhecimento dessa realidade principalmente por conta da figura do ACS.

*"necessidade que a gente tem que é de singularizar (...) não dá pra gente colocar todo mundo num grupo e fazer tudo igual achando que a resposta vai ser igual."
(Gestora Diraps)*

"Quando a gente senta em equipe pra conversar, eu sou médica, ouço o que o ACS fala, me abre tanto. Eu nunca imaginei que fulano, a família... Eu nunca sabia disso, e aí o ACS, 'ah doutora, pois a senhora não sabia de nada o que acontece na família'. Então vamos lá, rever o projeto terapêutico. E pequenas coisas mesmo que a gente cresce em equipe, conversando sobre os casos, (...) o porquê que ele não está tomando o remédio. Na faculdade ensina que você ensine a tomar o remédio 'olha, no café, no almoço e no jantar, mas se ele não toma café da manhã então ele não toma o remédio. E aí você pensa que não era óbvio que era pra tomar de manhã? (...)Mas isso você não aprende na faculdade." (Gerente de serviço)

Evidencia-se a necessidade de ouvir o usuário para ofertar cuidado que contemple as subjetividades. Como coloca Starfield (2002), o melhor que se pode fazer pelos pacientes é entender o que dizem, e que pra isso, um pré-requisito é ouvir. Neste aspecto o se fazer ouvir não se limita à relação médico/equipe-paciente, mas também entre pares, entre os próprios profissionais da equipe. Neste sentido, a reunião de equipe se coloca como ferramenta indispensável para a circulação dos saberes e potencializadora do cuidado efetivo centrado na pessoa, família, comunidade.

Os participantes do grupo fazem referência à necessidade de qualificar certos processos da AB como ampliação do acesso, funcionamento do serviço depois do horário comercial, acolhimento, e enfrentamento do rompimento estruturas cristalizada. Afirmam que este processo de qualificação deve ser um processo horizontal, que envolva os trabalhadores de forma que as mudanças sejam construídas coletivamente.

“Não é fácil não. É uma coisa cristalizada, que se você puxar o elástico, estoura. E também se você puxar eu saio daqui, peço transferência, desiste, e tal, então... Faz atestado... Não puxa o elástico que o elástico estoura. Não dá pra ser autoritário, ser de cima pra baixo. Tem que ter muita negociação.” (Gerente de serviço)

De acordo com Carmen Lavras (2011), a estruturação das redes no SUS requer intervenções sistêmicas nas unidades que a compõem e nas práticas profissionais. Requer formulação de estratégias para qualificar, organizar e integrar os serviços ou processos em todos os níveis de atenção com protagonismo da APS. Mas segundo ela, seu aprimoramento se faz necessário mesmo não seguido de mudanças sistêmicas. Tornar este processo democrático e participativo corrobora para capilarização das transformações que se fazem necessário.

3. 2 CONVERSAR PARA SE TER REDE

Os três Itinerários Terapêuticos evidenciaram pontos analíticos sobre o papel da AB quanto coordenadora da rede. Os entrevistados não a tem como âmbito da atenção à saúde que os acompanha nos demais níveis de atenção. Tal análise se deu com base no rompimento de vinculação ao nível especializado, após o estabelecimento de vínculo na Atenção Básica. Neste aspecto, o nível especializado e hospitalar também se apresentam omissos ao diálogo com a Atenção Básica para a interligação da rede. O que reflete na desassistência do usuário que sai da internação e tem dificuldades de acesso a cuidados como também aqueles que lidam com a fragmentação do cuidado resultante de diversos encaminhamentos para a especialidade desconexos e sem continuidade do acompanhamento na AB

Há o entendimento que o trabalho na RL ainda não está em rede. Durante os diálogos do grupo focal, pôde-se ouvir relatos das dificuldades de estabelecer real comunicação entre o serviço e os usuários, mas a dificuldade de comunicação está também tanto entre os serviços da Atenção Básica, quanto com os demais níveis de atenção.

"Eu acho que é consenso de que os níveis de atenção deveriam se conversar e isso seria o trabalho de rede. Eu não acho que a gente faça um trabalho de rede, a gente tem níveis de atenção e o paciente circula entre eles, às vezes fica só no especializado e não volta [pra AB]. Mas acho que falta conversa mesmo entre os profissionais, entre a gestão, entre a gente mesmo, gestor." (Gerente Diraps)

Com intenção de superar as dificuldades encontradas na rede entre o próprio nível da Atenção Básica como a vinculação de usuários que mudam de território, foi colocado a necessidade da incorporação de mais tecnologias leves e de informação. Merhy (2009) classifica tecnologias leves como tecnologias que permitem a produção das relações que se dão entre trabalhador e usuário por meio da escuta, interesse, construção de vínculos, confiança, e que propicia compreender a singularidades, contexto, cultura, ações do usuário diante de determinadas situações.

O prontuário eletrônico é citado como ferramenta que facilitaria o acesso nos casos de mudanças de território e para o monitoramento de usuários que requerem cuidado mais frequente. No entanto, ressalta-se o papel das tecnologias leves para a formação das redes e estabelecimento de comunicação entre serviços. Expressam que o comprometimento do profissional de saúde é primordial. Sousa (2008) encontrou resultados semelhantes quanto à organização (ou a não organização) dos fluxos de referência e contrareferência, esta ficando à cargo de profissionais mais "engajados".

"Eu acho que a gente pode usar de tecnologias leves e de outras tecnologias. Se a gente tivesse um sistema de informação que ajudasse, poderia ser né? Uma das coisas que atualmente me angustiam bastante é que a gente tem sistema de informação que um não conversa com o outro. Então toda uma historia que estava

sendo construída em um local, dentro de um sistema, muitas vezes ela se perde.”
(Gestora Diraps)

“Sem tecnologia você consegue fazer rede se você quiser. Depende do profissional, do comprometimento, se ele quer ir a fundo, se ele quer fazer queixa conduta, se ele quer realmente aprofundar no conhecimento do caso, fazer abordagem familiar e comunitária (...) Depende do ser humano que está por trás, se quer ou não quer fazer, montar aquela rede. Às vezes eu fico pensando será que seria possível fazer rede sem que os seres humanos que estão ali queiram, ou de repente da para fazer se tiver um coordenador de processos que faça isso acontecer. Porque se não tiver, pode ter computador, pode ter o que for que não vai.” (Gerente de serviço)

Um desafio colocado para a conformação das redes é o diálogo entre a AE e AH com a AB. Uma das razões colocadas para o não diálogo é fruto das lacunas da formação e desvalorização da AB.

" O especialista tem que saber conversar com a AB, não pode ignorar. Mas como é que eles [médicos especialistas] vão fazer esse trabalho se eles não foram formados assim? O que se espera desse especialista que por seis anos ouviu "estude pra não ser médico de postinho". Por que que ele vai mandar o paciente dele pro médico do postinho? Que é o incompetente, que não deu certo, que não deu conta, por isso que mandou pra ele, e não pra serem complementares no cuidado da pessoa.”
(Gerente de serviço)

A respeito da desvinculação do usuário na AB a partir do momento que inicia o acompanhamento na AE, o grupo focal colocou ser um produto da cultura hospitalocêntrica e desvalorização da AB, como também da forma que o encaminhamento é feito. De acordo com os participantes do grupo focal, é preciso que haja essa conversa que explique que após a consulta do encaminhamento é necessário voltar com os resultados, dar prosseguimento ao acompanhamento na AB.

"É essa conversa médico paciente, de onde ele saiu, da origem, e explicar, você vai lá pra fazer uma consulta com um especialista nesse momento, mas o senhor volta pra fazer o acompanhamento. " (Gerente de serviço)

"Falta uma comunicação entre os serviços, à gente vê isso no dia a dia." (ACS)

Foi analisado com base nos ITs a incapacidade da Atenção Especializada em proporcionar cuidado efetivo. Starfield (2002) coloca que o médico especialista trabalha de forma mais afastada do contexto social, diferente dos médicos da AB. Neste sentido, a Atenção Primária à Saúde tem a função de manejar o acompanhamento de pessoas com múltiplos diagnósticos, e ofertar tratamentos que melhorem a qualidade de vida de forma integral. Uma das dificuldades referidas para superar a fragmentação do cuidado é a falta de diálogo entre a AE/AH e a AB. Da mesma forma que os especialistas não relatam os desdobramentos do atendimento, a AH não emite relatório de alta, levando os médicos da Atenção Básica ao retrabalho na investigação gerando mais gastos com exames e diagnósticos para entenderem o estado de saúde de seus usuários. Apesar de haver protocolo sobre a contrarreferência, não é utilizado pelos especialistas. Uma estratégia sugerida no grupo focal seria realizar o monitoramento do Sistema de Regulação para evidenciar o percentual de encaminhamentos que voltam sem a carta do especialista para a Atenção Básica, e então discutir esses pontos junto à AE e AH.

Essas tensões resultantes da falta diálogo entre os níveis de atenção também se apresentam na desassistência de usuários que saem da internação e encontram dificuldade no cuidado ofertado na AB quando necessitam de maior acompanhamento e por vezes dificuldade de acessibilidade. Esta discussão levou a reflexão da atuação do núcleo Regional de Atenção Domiciliar (NRAD). Os participantes do grupo focal entendem que a Atenção Básica é responsável pelo acompanhamento da desospitalização de casos menos complexos, mas colocam que uma grande dificuldade é a baixa cobertura de Estratégia Saúde da Família, pois os serviços não conseguem atender a demanda do território. Neste cenário o NRAD foi colocado como um serviço que requer uma revisão do atual protocolo, o qual tem limitado excessivamente o número de casos acompanhados. Entendem

que é uma ação intermediária, emergencial, e necessária para não causar vazios assistenciais.

“A gente precisaria sair da zona de conforto, por exemplo o serviço do NRAD, ‘a minha caixinha é essa’, sim mas a gente está numa situação emergencial, você vai ter que ampliar sua caixinha. Então o NRAD também não pode dizer assim, eu sou assim, só vou até aqui. Porque como que fica o acamado de região que a Atenção Básica não consegue atender?” (Gerente de serviço)

A AB necessita se empoderar de todas as potencialidades que dispõe, e de coordenar a rede, convocar os demais níveis de atenção para o entendimento do papel de cada um para a conformação das Redes de Atenção à Saúde.

"precisa se empoderar desse papel de ordenador das redes, fazer esse diálogo muito mais aberto e a gente mesmo se apropriar daquilo que a AB tem e pode fazer"
(Gestora Diraps)

Fausto et. al (2014) chamam atenção para dois conjuntos de mecanismos para integrar a rede assistencial: 1. mecanismos normatizadores que incluem protocolos clínicos, mapas da rede de atenção, sistemas para padronização de resultados; e 2. mecanismos informais de iniciativas dos profissionais como emails, telefones, reuniões informais, etc. Nesta perspectiva, as narrativas do grupo focal que ressaltam o engajamento do profissional para conformação das redes se reafirmam como indispensáveis para a integração das RAS, mas que também necessitam de aporte que padronize e organize os fluxos para de fato se alcançar um cuidado efetivo.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fortalecimento da AB na região é um passo importante para o fortalecimento das RAS. As discussões desencadeadas no grupo focal a partir dos IT apontaram caminhos iniciais que objetivam sua qualificação. O entendimento da necessidade de ampliação do acesso carece ser capilarizada na região, tanto por meio de novas estruturas físicas, quanto pela qualificação dos processos de trabalho das equipes já constituídas. No entanto, deve caminhar junto a essa pauta a resolutividade e efetividade da oferta nos serviços de AB e sua real responsabilidade pelo território. O achado no Pronto Socorro de Eventos Sentinelas sensíveis à AB corroboram com este debate primeiramente pela existência desses eventos, em segundo, pelo desconhecimento das equipes sobre as condições da população de sua abrangência.

Neste processo de qualificação dos processos da AB, é importante que cada um se reconheça como peça integrante e necessária deste sistema. Neste sentido, faz-se necessária real participação dos profissionais, gestores e usuários para que os contratos não fiquem apenas no papel, mas que reflitam nas práticas cotidianas dos serviço e vidas.

Os níveis assistenciais da RL necessitam serem tecidos em rede, costurar seus retalhos e de fato esquentar a frieza causada pela desestruturação do sistema e precariedade da oferta de cuidado existente. Mesmo reconhecendo o protagonismo da AB neste processo, é importante que cada ponto que integra a rede assistencial também se reconheça como componente em trabalho conjunto de avaliação dos próprios processos de trabalho para a conformação das RAS.

Os aprendizados envolvidos em todas as etapas desta pesquisa são difíceis de traduzir. O 'se fazer ouvir' abordado na discussão fez parte desta caminhada em cada instante da pesquisa de campo, na comunidade, nos diferentes espaços que estive, casas, ruas, becos, corredores, salas. Mas esta experiência não se limitou ao ouvir, os outros sentidos estavam pulsantes. No bolso da camisa guardei meus óculos que enxergam como Ana Carolina, e coloquei aquele que me ofereceram a cada contato com o outro, que se deram na busca dos eventos sentinelas, nas reconstruções dos IT, nos grupos focais, nas discussões teóricas no grupo de

pesquisa. Permiti-me ser afetada, e fui. Gratidão a todos que compartilharam seus mundos na construção deste trabalho.

5 REFERÊNCIAS

ALFRADIQUE, M.E. et al. Internações por condições sensíveis à atenção primária: a construção da lista brasileira como ferramenta para medir o desempenho do sistema de saúde (Projeto ICSAP–Brasil). 2009.

ALMEIDA, P.T. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cad Saude Publica*, v. 26, n. 2, p. 286-298, 2010.

ALMEIDA, P.T. et al. Estratégias de integração entre atenção primária à saúde e atenção especializada: paralelos entre Brasil e Espanha. *Saúde debate*, v. 37, p. 400-15, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 4.279, de 30/12/2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília-DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: 2007. 4 ed. 68p. (Série E. Legislação em Saúde).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002. P. 56 (Série B. Textos Básicos em Saúde)

BAREMBLITT, G.F. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática, 5ed. Belo Horizonte, MG: Instituto Felix Guattari. 2002 (Biblioteca Instituto Félix Guattari; 2)

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun 2016

CAMPOS G.W.S; GUTIÉRREZ A.C.; GURRERO A.V.P.; CUNHA G.T. Reflexões sobre a atenção básica e a estratégia saúde da família. In: CAMPOS G.W.S.; GUERRERO A.V.P (org). Manual de práticas de atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. São Paulo: Hucitec; 2008. p. 132-53.

CODEPLAN. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Paranoá – PDAD 2015. Brasília, 2015.

_____. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Jardim Botânico – PDAD 2015/2016. Brasília, 2016a.

_____. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – Itapoã – PDAD 2015. Brasília, 2016b.

_____. Pesquisa Distrital por Amostra de Domicílios – São Sebastião – PDAD 2015/2016. Brasília, 2016.

CUNHA, E.M.; GIOVANELLA, L. Longitudinalidade/continuidade do cuidado: identificando dimensões e variáveis para a avaliação da Atenção Primária no contexto do sistema público de saúde brasileiro. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 16, supl. 1, p. 1029-1042, 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 abr. 2016

DATASUS. Ministério da Saúde: Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos em Saúde [homepage na internet]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>>. Acesso em: 1 jul 2016.

DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e abordagens 2ª edição. Porto Alegre: Artemed, 2006. p. 432

DESLANDES, S.F., ASSIS, S.G. (2002). Abordagens quantitativa e qualitativa em saúde: o diálogo das diferenças. In: MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F. (Orgs). Caminhos do Pensamento, Epistemologia e método (2ª reimpressão). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. p. 195-223

FAUSTO, M.C.R. et al . A posição da Estratégia Saúde da Família na rede de atenção à saúde na perspectiva das equipes e usuários participantes do PMAQ-AB. Saúde debate, Rio de Janeiro , v. 38, n. spe, p. 13-33, Oct. 2014 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000600013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 30 jun 2016.

FICK, U. Introdução à Coleção Pesquisa Qualitativa. In: GIBBS. G. Análise de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 7-11 (Coleção Pesquisa Qualitativa)

GERHARDT, T.E. RUIZ, E.N.F. Itinerários Terapêuticos: dispositivo revelador da cultura do cuidado e do cuidado na e da cultura: in Pinheiro, R. Gerhardt, TE. Silva Júnior, AG. Di Leo, PF. Ponce, M. Cultura do Cuidado e o Cuidado na cultura: dilemas, desafios e avanços para efetivação da integralidade em saúde no MERCOSUL. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/CEPESC/LAPPIS/ABRASCO, 2014.

MATTA, G.C; MOROSINI, M.V.G. Atenção Primária à Saúde. In: Dicionário da educação profissional em saúde/ Organizado pela Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e Estação de Trabalho Observatório de Técnicos em Saúde. – Rio de Janeiro: EPSJV, 2006. 308p.

MADRIZ, E. Focus Groups in Feminist Research. In: DENZIN, N.K; LINCOLN, Y.S. Handbook of Qualitative Research 2ª edição. London: Sage, 2002. p. 835-850

MENDES E.V. Redes de Atenção à Saúde 2ª edição. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. p. 549

MERHY E.E. et al. Redes Vivas: multiplicidade girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. Divulgação em saúde para debate, Rio de Janeiro, n.52, p.153-164, 2014.

MERHY, E.E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, p.29-74, 2009.

L'ABBATE, S. A análise institucional e a saúde coletiva. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro , v. 8, n. 1, p. 265-274, 2003 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 1 jul 2016.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011 Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v20n4/05.pdf>>. Acesso em: 24 de jun 2016.

MAGALHÃES JUNIOR, H.M. Redes de Atenção à Saúde: rumo à integralidade. Divulgação em saúde para debate, n.52. Rio de Janeiro, n.52, p.15-37, 2014.

MINAYO, M.C.S. (1992) O desafio do conhecimento científico: Pesquisa qualitativa em saúde (12^a ed.). São Paulo: Hucitec; 2010. 407 p. (Saúde em Debate)

OLIVEIRA, G. N.; FURLAN, P. G.; CARDOSO, J. R. Pesquisa-Intervenção na atenção primária à saúde do Distrito Federal: o papel da universidade no apoio institucional para o desenvolvimento regional e a democratização do SUS In: Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC/ABRASCO, v.1, p. 281-306, 2014.

PENNA, M.L.F. Condição marcadora e evento sentinela na avaliação de serviço de saúde. In: Santana JP, organizador. Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997. p. 121-128

PAULON, S.M., ROMAGNOLI, R.C. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. Estudos e Pesquisas em Psicologia Social 2010; 10(1): 85-102. Acesso em 30 jun 2016. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>

ROCHA, M.L.; AGUIAR, K.F.. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicol. cienc. prof., Brasília , v. 23, n. 4, p. 64-73, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932003000400010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 28 jun2016.

STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p. Disponível em: <http://www.dominiopublico.gov.br/pesquisa/DetalheObraForm.do?select_action=&co_obra=14609>. Acesso em: 20 jun. 2016.

SOUSA, Maria Fátima de. O Programa Saúde da Família no Brasil: análise do acesso à atenção básica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 61, n. 2, p. 153-158, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a02v61n2.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2013.

TIOLENT. M. Metodologia da Pesquisa-ação. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1986. p.108.

VEIGA, L.; GONDIM, S.M.G. A utilização de métodos qualitativos na Ciência Política e no Marketing Político. Campinas: **Opin. Publica**, v. 7, n. 1, p. 1-15, 2001. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-62762001000100001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 29 jun 2016.

APÊNDICE A - ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA DE PROFUNDIDADE PARA RECONSTRUÇÃO DOS ITINERÁRIOS TERAPÊUTICOS

1. Identificação;

Nome:

Naturalidade:

Idade:

Sexo:

Estado civil:

Escolaridade e profissão:

2. Percepção do processo saúde doença.

Como você percebe sua saúde?

Conte-me que tipos de problemas relacionados à saúde tem atualmente.

Na sua opinião, o que causou esta doença?

O que esta doença representa no seu modo de vida?

Em que momentos a doença se agravou?

Na sua percepção, o que ocasionou tais agravamentos?

3. Relação com os serviços e a rede de cuidado.

Que tipos de cuidados teve frente a este problema de saúde?

Que serviços teve acesso para busca de cuidado?

Por quais motivos este ou aquele serviço foi procurado?

Existia vínculo prévio a estes serviços?

APÊNDICE B - ROTEIRO GRUPO DE DISCUSSÃO

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

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 trombozes.

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 Hipertensão, 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 a 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 conseqüentemente 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.

Recortes para discussão

1. Vínculo, 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)

- O que poderia ser feito para que a paciente continuasse sendo assistida apesar da mudança no território da unidade?
- O que as equipes poderiam fazer para transferir de forma mais responsável o paciente de um serviço a outro?

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 hospital, 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 melhora 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)

- Vocês tomariam essa quantidade de medicamentos? Como é fazer essa gestão desses casos de pessoas polimedicadas?

- O que o ACS poderia fazer para ajudar a aderência ao tratamento? Qual seria o papel do agente no cuidado em si desses pacientes?
- Quais mecanismos de aconselhamentos poderiam ser usados para que a qualidade do cuidado fosse intensificada?
- Sobre o papel da AB com apoio do NASF e relação com atenção especializada para construção da integralidade da atenção? Que outras abordagens seriam possíveis? Será que esses pacientes não seriam melhor acompanhados na AB? Quando a oferta de especialistas é oportuna? E como recuperar a referência e vinculação com esses pacientes, se isso for considerado importante?

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).

‘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).

- Como coordenar o cuidado que o paciente necessita, sem que este dedique tanto tempo da sua vida para estar em todas essas consultas de especialistas diferentes.

- Como vincular os cuidados realizados na atenção básica e na atenção especializada e hospitalar?
- Qual o papel da AB, da AE e da AH nesses tipos de casos?
- Qual papel do ACS na orientação e acompanhamento desses casos?

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)

- Podemos perceber que a escuta qualificada é um diferencial, como dar continuidade e potencializar essa relação?
- Como garantir acesso dos pacientes prioritários (visto como prioritários pela equipe) que não estão em território coberto?
- Quais estratégias que a equipe e o ACS podem ou têm criado para melhorar o acesso desses usuários prioritários?

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Universidade de Brasília / Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Saúde Coletiva

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE

Convidamos o(a) Senhor(a) a participar do projeto de 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”, 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 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. O campo da pesquisa será realizado na Regional de Saúde do Paranoá, em serviços sob gestão da Subsecretaria de Atenção Primária à Saúde da Secretaria de Estado da Saúde. A proposta é, a partir da investigação eventos indesejados (ocorridos nos últimos 6 meses) e considerados evitáveis com ações de atenção básica. Ao reconstruir o itinerário de usuários envolvidos nesses eventos, os dados levantados servirão de subsídios para formulação de recomendações para a qualificação do papel da Atenção Básica nas Redes de Atenção à Saúde, em processo construído de formulação e validação participativa junto aos participantes de pesquisa.

Os objetivos dessa pesquisa são: 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. 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. 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 o papel da atenção básica em relação às Redes de Atenção à Saúde.

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 entrevista(s) e/ou participação em oficina(s) e/ou grupo(s) de discussão propostos e agendadas 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, sendo que as entrevistas poderão ocorrer em outro local em comum acordo com o(a) entrevistado(a). Nenhuma atividade de participação na pesquisa ultrapassará 2 horas para cada entrevista, 4 horas para grupos de discussão ou 8 horas para oficinas. 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. Informamos que, 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.

Se você aceitar participar, estará contribuindo para a melhoria do desempenho e da

coordenação dos serviços de saúde, para que atuem melhor em rede e possam atender com mais qualidade e garantir melhores resultados em saúde.

Rubrica Participante: _____

Rubrica Pesquisador Responsável: _____

APÊNDICE D - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO DE IMAGEM E SOM DE VOZ PARA FINS DE PESQUISA



Universidade de Brasília / Faculdade de Ciências da Saúde / Departamento de Saúde Coletiva

Termo de Autorização para Utilização 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 dispositivos de gestão em redes de atenção à saúde: múltiplos olhares para o papel da Atenção Básica à Saúde no Distrito Federal, 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)

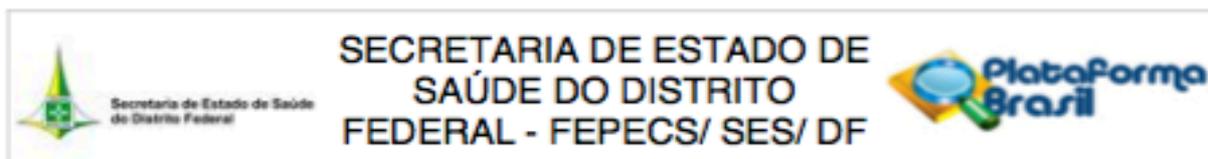
responsável pela pesquisa e a outra com o(a) participante.

Assinatura do (a) participante

Gustavo Nunes de Oliveira – Pesquisador Responsável

Brasília, ____ de _____ de _____

ANEXO - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



Continuação do Parecer: 1.459.423

que não estes. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB/DF com Subsecretaria de Atenção Primária/SES/DF como Instituição Coparticipante.

Trata-se de pesquisa qualitativa participativa, sob o referencial hermenêutico, com duração de 12 meses.

Serão participantes da pesquisa usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde e gerentes/gestores dos serviços/rede de saúde do SUS da Regional Paranoá-Itapoã, em torno de 30 participantes, distribuídos da seguinte forma: cinco usuários (serão entrevistados), 10 gestores e 15 profissionais de saúde.

As atividades de oficinas, grupos de discussão e entrevistas serão gravadas em áudio de voz, vídeo e registrada em fotografias, e terão seu conteúdo transcrito para compor os dados de pesquisa.

O material de pesquisa será analisado sob o referencial da Hermenêutica Crítica e, a partir da composição de categorias analíticas e avaliativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB/DF.

Termo de Anuência da Instituição Coparticipante: Apresentado. Documento assinado pelo Subsecretário de Atenção Primária à Saúde da SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Crítérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE CEP: 70.710-904
UF: DF Município: BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 Fax: (33)3325-4955 E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com

Continuação do Parecer: 1.459.423

que não estes. Os antecedentes científicos que justificam a pesquisa foram apresentados.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto da Faculdade de Ciências da Saúde/UnB/DF com Subsecretaria de Atenção Primária/SES/DF como Instituição Coparticipante.

Trata-se de pesquisa qualitativa participativa, sob o referencial hermenêutico, com duração de 12 meses.

Serão participantes da pesquisa usuários dos serviços de saúde, profissionais de saúde e gerentes/gestores dos serviços/rede de saúde do SUS da Regional Paranoá-Itapoã, em torno de 30 participantes, distribuídos da seguinte forma: cinco usuários (serão entrevistados), 10 gestores e 15 profissionais de saúde.

As atividades de oficinas, grupos de discussão e entrevistas serão gravadas em áudio de voz, vídeo e registrada em fotografias, e terão seu conteúdo transcrito para compor os dados de pesquisa.

O material de pesquisa será analisado sob o referencial da Hermenêutica Crítica e, a partir da composição de categorias analíticas e avaliativas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto: Apresentada. Documento assinado pela Diretora da Faculdade de Ciências da Saúde da UnB/DF.

Termo de Anuência da Instituição Coparticipante: Apresentado. Documento assinado pelo Subsecretário de Atenção Primária à Saúde da SES/DF.

Curriculum Vitae do(s) pesquisador(es): Apresentados.

Cronograma da Pesquisa: Apresentado.

Planilha de orçamento: Apresentada.

TCLE: Apresentado.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Definidos.

Recomendações:

O pesquisador assume o compromisso de garantir o sigilo que assegure o anonimato e a privacidade dos sujeitos da pesquisa e a confidencialidade dos dados coletados. Os dados obtidos na pesquisa deverão ser utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, que

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASÍLIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

**SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF**



Continuação do Parecer: 1.459.423

só poderá iniciar após aprovação pelo CEP/FEPECS/SES/DF.

O pesquisador deverá encaminhar relatório parcial e final de acordo com o desenvolvimento do projeto da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

- Projeto Aprovado.

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_507228.pdf	23/01/2016 10:06:14		Aceito
Outros	CartaRespPendenciasParecerCEP1308708CAE49930015000000030.doc	23/01/2016 10:05:22	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Outros	CartaRespPendenciasParecerCEP1308708CAE49930015000000030.pdf	23/01/2016 10:03:11	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaAnaliseGestaoParanoaGustavoNunesdeOliveiraRevisado.docx	23/01/2016 10:01:01	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoPesquisaAnaliseGestaoParanoaGustavoNunesdeOliveiraRevisado.pdf	23/01/2016 10:00:35	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAutorizImagemSomDispositivosGestao.pdf	23/01/2016 09:59:26	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TermoAutorizImagemSomDispositivosGestao.docx	23/01/2016 09:45:01	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisaanalisegestparanoarevisado.docx	23/01/2016 09:43:42	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisaanalisegestparanoarevisado.pdf	23/01/2016 09:42:49	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_507228.pdf	05/10/2015 12:09:39		Aceito

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeetica.secretaria@gmail.com



Secretaria de Estado de Saúde
do Distrito Federal

SECRETARIA DE ESTADO DE
SAÚDE DO DISTRITO
FEDERAL - FEPECS/ SES/ DF



Continuação do Parecer: 1.459.423

Orçamento	Orcamentodispositivosgestao.doc	05/10/2015 12:09:14	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	FEPECSTermoAnuenciaCEP2015dispo sitivosges.doc	05/10/2015 12:04:23	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEpesquisaanalisegestparanoa.docx	05/10/2015 12:02:53	Gustavo Nunes de Oliveira	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TermoRespCompromPesqCEPFSdispo sitivosgest.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
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_507228.pdf	25/09/2015 11:57:52		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	anuenciapartpesqdispositivosgestao.p df	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
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_507228.pdf	08/05/2015 17:14:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE pesquisa analise gestão paranoa.pdf	05/05/2015 07:24:00		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto de Pesquisa Análise Gestão Paranoá Gustavo Nunes de Oliveira.docx	05/05/2015 07:23:02		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS

Bairro: ASA NORTE

CEP: 70.710-904

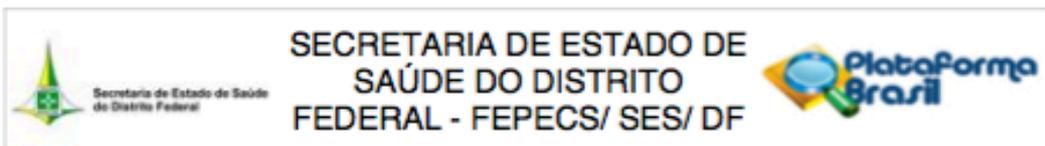
UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3325-4955

Fax: (33)3325-4955

E-mail: comitedeeetica.secretaria@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.459.423

BRASILIA, 21 de Março de 2016

Assinado por:
Helio Bergo
(Coordenador)

Endereço: SMHN 2 Qd 501 BLOCO A - FEPECS
Bairro: ASA NORTE **CEP:** 70.710-904
UF: DF **Município:** BRASILIA
Telefone: (61)3325-4955 **Fax:** (33)3325-4955 **E-mail:** comitedeetica.secretaria@gmail.com

Página 06 de 06