

UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ

JULIO CESAR FERRARO ROCHA

A busca da integralidade para o controle de pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família do bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro

Rio de janeiro
2009

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

JULIO CESAR FERRARO ROCHA

A busca da integralidade para o controle de pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família do bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada a Universidade Estácio de Sá como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde da Família.

Orientador Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra.

Rio de Janeiro
2009



UNIVERSIDADE
Estácio de Sá

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

A dissertação

***A BUSCA DA INTEGRALIDADE PARA O CONTROLE DE PACIENTES DIABÉTICOS E
HIPERTENSOS CADASTRADOS E ACOMPANHADOS NAS UNIDADES DE SAÚDE
DA FAMÍLIA DO BAIRRO DE GUARATIBA NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO***

elaborada por

JULIO CESAR FERRARO ROCHA

e aprovada por todos os membros da Banca Examinadora foi aceita pelo Curso de
Mestrado Profissional em Saúde da Família como requisito parcial à obtenção do título de

MESTRE EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Rio de Janeiro, 25 de maio de 2009.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra
Presidente
Universidade Estácio de Sá

Prof. Dr. Haroldo José de Matos
Universidade Estácio de Sá

Prof.ª Dr.ª Márcia Cristina Chagas Macedo Pinheiro
Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil

AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador Prof. Dr. Carlos Gonçalves Serra, pela brilhante orientação, pela paciência ao ensinar um aprendiz, por ter-me ensinado acima de tudo que “eu” tinha que fazer o trabalho, pois esta é talvez a forma mais duradoura de aprender, é o “fazer”, alguém lhe conduz, mas você deve fazer, pois só assim é possível sedimentar o conhecimento.

Ao Corpo Docente da Universidade Estácio de Sá, por sua capacidade técnica, pelo compromisso, por possibilitar novos e corretos horizontes a quem tem fome de saber.

A Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro, por permitir a viabilização desse trabalho, junto a Coordenação da Área Programática 5.2 (CAP 5.2).

A Universidade Federal de Roraima, por possibilitar esta capacitação tão importante na vida de um docente, permitindo-lhe novos conhecimentos, outros saberes.

Ao Ministério da Saúde do Brasil através da representação do ex-INAMPS em Boa Vista-Roraima, por tornar possível esta capacitação.

Aos Gestores da Coordenação da Área Programática 5.2 (CAP 5.2) que me concederam sua confiança e tão gentilmente abriram as portas da coordenação e cederam seu precioso tempo para realização desta pesquisa.

Aos Gerentes das Unidades de Referência, pela tão valiosa ajuda nas informações solicitadas, que contribuíram imensamente para realização deste trabalho.

Aos profissionais Médicos do PSF, cujas experiências de vida profissional enriqueceram o conteúdo deste projeto e em muito contribuíram para torná-lo mais próximo da realidade.

Ao enfermeiro Marcos e os ACS da Fazenda Modelo, pelo carinho, pela amizade e sobretudo pela capacidade de trabalho demonstrada junto à população quando dos momentos iniciais da conversão de unidade mixta para unidade de ESF, onde muito foi exigido de todos e vocês conseguiram ultrapassar todas as expectativas.

A minha querida e tão amada esposa Lilian Mary aos meus filhos Jyulliano, Ranmonn, Mikhael e Mellytza, a quem dedico esse trabalho, pelo apoio, paciência e a tão amorosa compreensão nas horas difíceis e nos momentos dos trabalhos intermináveis.

Aos meus irmãos Gute e Marília Rocha, ao meu primo **Paulo Paraguaçu** pela inestimável e prestimosa ajuda na cidade do **Rio de Janeiro**, a minha tia **Lenina** por ter me conduzido a magia das primeiras letras, a minha (e de todos) saudosa madrinha **Adalgisa Martins** (in memorem), ao meu tio **Paraguaçu** por sua intelectualidade **e aos meus pais Jorquina e Rochinha**, a quem agradeço pela dádiva da vida, Por ter me ensinado desde cedo a lutar pelos meus sonhos e a perseguir com fé os meus ideais.

Ao Prof. Mestre Luiz Hubner, da Universidade Federal Fluminense e um dos coordenadores do Programa Médico de Família de Niterói, pelo apoio, pela compreensão e por todas as ajudas que me possibilitaram concluir este trabalho de mestrado e sobretudo por sua visão acadêmica.

Aos colegas de trabalho e coordenadores de área do PMF/Niterói, pela prestimosa ajuda e por entenderem a minha necessidade de capacitação em serviço.

À secretária executiva do mestrado Aline Luna, pelo acolhimento, pela receptividade, pelas dicas importantes para quem veio de longe, pelo norte em algumas situações práticas da vida em uma grande cidade.

Nosso papel não é falar ao povo sobre a nossa visão de mundo, ou tentar impô-la a ele, mas dialogar com ele sobre a sua e a nossa. Temos de estar convencidos de que a sua visão do mundo, que se manifesta nas várias formas de ação, reflete a sua situação no mundo, em que se constitui. A ação educativa e política não podem prescindir do conhecimento crítico dessa situação (...). Por isto mesmo é que, muitas vezes, educadores e políticos falam e não são entendidos. Sua linguagem não sintoniza com a situação concreta dos homens a quem falam. E sua fala é um discurso a mais, alienado e alienante. (Paulo Freire)

RESUMO

O foco central desse estudo é a continuidade de cuidados (a busca da integralidade), para usuários diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família no Bairro de Guaratiba, localizado na Zona Oeste, no Município do Rio de Janeiro. Ao abordar duas patologias que com frequência cursam conjuntamente, que tem assumido caráter de verdadeiras epidemias, representando custos elevados para os sistemas de saúde, necessitando, portanto, de controle e acompanhamento resolutivo e de qualidade. Como pressuposto, consideramos ser o Programa de Saúde da Família, com suas ações abrangentes e diretrizes organizacionais, capaz de reorganizar a atenção primária de saúde através da mudança das práticas assistências e de controlar e acompanhar os usuários cadastrados no seu território de abrangência, portadores de doenças crônico-degenerativas não transmissíveis (DCNT), utilizando um sistema de referência e contra-referência (RCR) como garantia de acesso aos outros níveis de complexidade do sistema, oferecendo, assim, a integralidade da atenção (a continuidade de cuidados), resgatando princípios constitucionais como o direito à saúde e a integralidade. As DCNT e, entre elas, diabetes e hipertensão, representam custos elevados para os sistemas de saúde de todo mundo, inclusive para Sistema Único de Saúde (SUS). Este desafio exige, portanto, ações adequadas de planejamento que permitam a gestão racional de recursos tão importantes para um país em desenvolvimento como o nosso. O objetivo geral deste estudo é conhecer os entraves gerenciais nos diversos níveis do sistema na Área Programática 5.2 (AP 5.2) e o seu impacto na saúde dos usuários portadores de diabetes e hipertensão arterial quanto à continuidade de cuidados. Esta pesquisa é qualitativa, de caráter exploratório, caracterizando-se como um estudo de caso. Para obtenção dos dados primários foram realizadas entrevistas com médicos, gerentes e gestores da área de abrangência da AP 5.2 através de questionário semi-estruturado. Os dados secundários foram obtidos por levantamentos bibliográficos relacionados ao tema e documentais em relação à rede de serviços do município (SUS) na área pesquisada. Para as questões abertas utilizou-se a análise de conteúdo preconizada por Bardin. Os resultados extraídos da pesquisa revelam que: alguns profissionais médicos não têm o perfil adequado para o trabalho na APS; a organização do sistema RCR tem oferta deficitária para média e alta complexidade, sendo sua referência mais importante situada fora da área de abrangência, dificultando o acesso dos usuários; as unidades secundárias da área têm oferta semiplena, o mesmo ocorrendo com a unidade terciária, que parece estar sendo subutilizada pela Atenção Primária de Saúde; não há controle da fila de espera; a contra referência é praticamente inexistente, pois quase não há retorno; o uso de protocolos é prática incipiente, sendo que o uso da guia de papel para encaminhamentos às referências representa um atraso, considerando-se o avanço tecnológico no âmbito das comunicações, que poderiam ser efetuadas entre as unidades de saúde, o que tornaria os serviços mais resolutivos.

Palavras-Chave: Programa Saúde da Família, Integralidade, Continuidade de Cuidados, Diabetes e Hipertensão.

ABSTRACT

The central focus of this study is the continuity of care (search for integrality), diabetic and hypertensive registered users and accompanied the family health units in the neighborhood of Guaratiba located in the West, in Rio de Janeiro. To address two diseases that often attend together, which has assumed a character of genuine epidemics, with high costs for health systems, requiring, therefore, control and monitoring resolute and quality. As a prerequisite, we consider to be the Family Health Program, with its comprehensive stock and organizational guidelines, able to rearrange the primary health care through the change of practices and assistance to control and monitor users registered in its territory of coverage, individuals with chronic degenerative diseases not transmissible (DCNT) using a reference system and cross reference (RCR) as a guarantee of access to other levels of complexity of the system, offering thus a continuity of care, recovering constitutional principles as the right to health and wholeness. The DCNT, and among them, diabetes and hypertension, are costly to health systems from around the world, including the Unified Health System (SUS). This challenge requires, therefore, planning appropriate actions to enable sustainable management of resources as important for a developing country like ours. The aim of this study was to determine the barriers at different levels of management system in the Area Program 5.2 (AP 5.2) and its impact on the health of users as with diabetes and hypertension on the continuity of care. This research is qualitative, exploratory in nature, characterizing it as a case study. To obtain the primary data were interviews with doctors, managers and administrators in the area of coverage of the AP 5.2 through semi-structured questionnaire. The secondary data were obtained by literature review related to the subject and documentary on the city network services (SUS) in the area searched. For the open questions was used to analyze the content recommended by Bardin. The results from the research show that some medical professionals do not have the appropriate profile for the work in the APS, the organization of the CPR system has to offer deficient medium and high complexity, and its most important reference outside the area covered, making the access of users, the secondary units in the area have offered semiplena, as was the tertiary unit, which seem to be underused by primary health care, there is no control from the waiting list, against the reference is almost nonexistent, since almost no must return, the use of practice protocols is low, and the use of paper to guide referrals to the references is a delay, considering the technological advances in the field of communications, which could be made between the health units, which make services more resolute.

Keywords: Family Health Program, Integrality, Continuity of Care, Diabetes and Hypertension.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde

APS - Atenção Primária de Saúde

AP 5.2 - Área Programática 5.2 (SMS Rio de Janeiro)

CNPq - Conselho Nacional de Pesquisa

CAP 5.2 - Coordenação de Área Programática 5.2 (SMS Rio de Janeiro)

CR - Central de Regulação

CMS - Centro Municipal de Saúde

DM - Diabetes Mellitus

DCNT - Doenças Crônicas Não Transmissíveis

CICC - Cuidados Inovadores para Condições Crônicas

ESF - Estratégia de Saúde da Família

HÁ - Hipertensão Arterial

MS - Ministério da Saúde

NOB - Norma Operacional Básica

NOAS - Normas Operacionais de Assistência a Saúde

HIV/AIDS - Vírus da Imunodeficiência Humana, Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

OMS - Organização Mundial de Saúde

OPAS - Organização Panamericana de Saúde

PREV-SAÚDE - Programa de Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAM - Posto de Assistência Médica

PSF - Programa Saúde da Família

PMF - Programa Médico de Família

RCR - Referência e contra-referência

SISREG - Sistema de informação on-line (DATASUS)

SBD - Sociedade Brasileira de Diabetes

SBH - Sociedade Brasileira de Hipertensão

SILOS - Sistemas Locais de Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

USF - Unidade de Saúde da Família

LISTA DE QUADROS

QUADRO 01	PERFIL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DO PSF DA AP 5.2 BAIRRO DE GUARATIBA, 2008	55
QUADRO 02	CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA, 2008	58
QUADRO 03	PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA OS ENCAMINHAMENTOS, 2008	59
QUADRO 04	UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008	60
QUADRO 05	SISTEMA RCR - MEDIDAS ADOTADAS PARA SOLUCIONAR O TEMPO MÉDIO DE ESPERA POR CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008	62
QUADRO 06	SISTEMA RCR - ADEQUAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA E ATITUDE DO PROFISSIONAL, 2008	63
QUADRO 07	COMO SÃO ACOMPANHADOS PELA EQUIPE OS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, 2008	64
QUADRO 08	PERFIL DOS GERENTES DAS REFERÊNCIAS DA AP 5.2, 2008	66
QUADRO 09	SISTEMA RCR – ORGANIZAÇÃO E REGULAÇÃO DAS REFERÊNCIAS E CONTRA-REFERÊNCIAS PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008	66
QUADRO 10	SISTEMA RCR – CRITÉRIOS PARA O DIMENSIONAMENTO, REGULAÇÃO EXTERNA, ÓRGÃO REGULADOR, TIPOS DE REGULAÇÃO E GRAU DE AUTONOMIA DA UNIDADE, 2008	68
QUADRO 11	SISTEMA RCR – PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA ORGANIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008	70
QUADRO 12	SISTEMA RCR – CONSULTAS ESPECIALIZADAS COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008	71
QUADRO 13	SISTEMA RCR – EXAMES ESPECIALIZADOS QUE APRESENTAM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008	72
QUADRO 14	MEDIDAS PARA SOLUCIONAR O TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008	73

QUADRO 15	SISTEMA RCR: CONTRA-REFERÊNCIA NA AP 5.2, 2008	74
QUADRO 16	VAGAS PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA AP 5.2, 2008	76
QUADRO 17	GESTÃO CLÍNICA – ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS BASEADOS EM PROTOCOLOS E TRÊS ESPECIALIDADES QUE SÃO ENCAMINHADAS FORA DO PROTOCOLO NA AP 5.2, 2008	76
QUADRO 18	GESTÃO CLÍNICA - USO DE PROTOCOLOS PELAS EQUIPES DE PSF PARA EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008	77
QUADRO 19	GESTÃO CLÍNICA – ESPECIALIDADES MAIS ENCAMINHADAS FORA DO PROTOCOLO, 2008	78
QUADRO 20	RECURSOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EXISTENTES NAS UNIDADES, 2008	78
QUADRO 21	RECURSOS DE LOGÍSTICA NA AP 5.2, 2008	79
QUADRO 22	PERFIL DOS GESTORES DA AP 5.2, 2008	80
QUADRO 23	SISTEMA RCR – SEGUNDO OS GESTORES DA AP 5.2, 2008	81
QUADRO 24	SISTEMA RCR – CONHECIMENTO DAS REFERÊNCIAS PELOS PROFISSIONAIS DO PSF, 2008	83
QUADRO 25	PROBLEMAS DE REGULAÇÃO DA RCR NA AP 5.2, SEGUNDO SEUS GESTORES, 2008	85
QUADRO 26	PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS UTILIZADOS NA AP 5.2, 2008	90
QUADRO 27	TREINAMENTO PARA USO DE PROTOCOLOS NA AP 5.2, 2008	91
QUADRO 28	RECURSOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DISPONÍVEIS NA AP 5.2, 2008	94
QUADRO 29	RECURSOS DE LOGÍSTICA DA AP 5.2, 2008	96
QUADRO 30	RECURSOS DE LOGÍSTICA DA AP 5.2, 2008	96

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	CONSULTAS COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA AP 5.2, SEGUNDO OS GESTORES, 2008	86
GRÁFICO 2	EXAMES COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA AP 5.2, SEGUNDO OS GESTORES, 2008	87
GRÁFICO 3	MEIOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA REFERÊNCIAS E CONTRA-REFERÊNCIAS UTILIZADOS NA AP 5.2, 2008	94

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1	FREQUÊNCIA NO PREENCHIMENTO DA CONTRA	88
	REFERÊNCIA NA AP 5.2, 2008	

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	16
1.1	JUSTIFICATIVA	25
2	REFERENCIAL TEÓRICO	29
2.1	PSF: A ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA E REORIENTAR OS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO SUS	29
2.2	O SUS E O PSF: PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E SUA EXECUÇÃO	35
2.3	DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: O IMPACTO NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES, NO SISTEMA ECONÔMICO E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE	37
2.4	O PSF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO	40
2.5	O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS	41
2.6	A UNIVERSALIDADE COMO A CONTINUIDADE DO CUIDADO	43
2.7	O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA	44
3	OBJETIVOS	47
3.1	OBJETIVO GERAL	47
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	47
4	MÉTODO	48
4.1	TIPO DE PESQUISA	48
4.2	LOCAL DO ESTUDO	49
4.3	COLETA DE DADOS	53
4.3.1	Dados primários	53
4.3.2	Dados secundários	54
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	55
5.1	ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS ESF DA AP 5.2	55
5.2	ENTREVISTA COM OS GERENTES DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA AP 5.2	65
5.3	ENTREVISTAS COM OS GESTORES DA ÁREA PROGRAMÁTICA AP 5.2	80
6	CONCLUSÕES	99
	REFERÊNCIAS	103
	ANEXOS	108

1 INTRODUÇÃO

Este trabalho se propôs analisar como se processa o controle e a continuidade de cuidados dos pacientes portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus cadastrados e acompanhados pelas unidades do Programa Saúde da Família (PSF) no Bairro de Guaratiba (AP 5.2), situado no Município do Rio de Janeiro.

Para um melhor entendimento do significado de continuidade do cuidado, podemos verificar que o sistema de saúde brasileiro tem sua organização definida na legislação formal do Sistema Único de Saúde (SUS), que estabelece claramente os princípios da descentralização, da regionalização e da hierarquização da rede de serviços, que, historicamente e de forma semelhante, já vinha sendo preconizada por alguns autores.

A noção de rede de serviços de saúde pode ser encontrada na segunda década do século XX no relatório escrito por Bertrand Dawson (Informe Dawson), membro do Conselho Consultivo de Serviços Médicos e Afins, apresentado em 1920 ao Ministério da Saúde da Grã-Bretanha, sendo considerada a primeira experiência de regionalização e hierarquização (DAWSON OF PENN, 1920).

O modelo ou sistema descrito por Dawson propugnava, dessa maneira, a idéia de região como forma organizativa para as ações de saúde, baseado na detecção epidemiológica dos agravos de saúde da população, o que determinava suas necessidades e, como princípio organizativo, propunha a divisão dos serviços em três níveis de complexidade: primário, secundário e terciário, cada um com atribuições específicas e atuando de forma integrada.

O modelo também recomendava que certo número de centros primários atuasse sob supervisão, recebendo ajuda de centros secundários que, por sua vez, seriam coordenados por um hospital de ensino de maior complexidade (BRAVO, 1974).

Segundo Silva Júnior (1996, *apud* SERRA, 2003), a hierarquização proposta por Dawson pressupunha um sistema de referência a partir do nível primário, que seria a “porta de entrada” do sistema, para onde os pacientes seriam encaminhados, de acordo com as especificidades dos seus problemas de saúde.

No Brasil podemos verificar que o Programa de Extensão das Ações de Saúde através dos Serviços Básicos (PREV-SAÚDE), apresentado na VII

Conferência Nacional de Saúde, em 24 de março de 1980, se assemelhava de certa forma, às bases do modelo de Dawson, pois trazia entre suas diretrizes a regionalização e a hierarquização de serviços (BRASIL, 1980), onde a atenção primária de saúde deveria articular-se com os outros níveis de saúde, constituindo-se no eixo central do sistema e, portanto, sua principal porta de entrada, formando uma rede de serviços.

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família (ESF), situada no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), inserida no nível básico do sistema organizacional e atuando como orientadora de demandas deve estabelecer, a partir dela, segundo sua proposta de reorganizar a atenção primária e reorientar o sistema municipal de saúde, uma hierarquia entre as demais unidades e serviços, que devem ser organizados por níveis de complexidade, o que contribui para o planejamento das ações de saúde e dos investimentos necessários para contemplar as necessidades e prioridades de cada município e de cada estado, existindo, organizacionalmente, uma lógica ascendente, na qual podemos considerar uma perspectiva municipal e regional mais abrangente (SAMPAIO; LIMA, 2004).

Para Paim (1992), o planejamento deve ser entendido como um processo social com distintas racionalidades econômicas, políticas, burocráticas, técnico-sanitárias e médico-assistenciais. Isto implica na adoção de métodos modernos de gestão e significa que as instituições de saúde devem incorporar em suas práticas, o planejamento, garantindo, assim, o uso racional dos recursos, o alcance dos objetivos definidos e a participação dos seguimentos sociais interessados, o que permitiria uma rotinização dos procedimentos (programação, organização, direção, acompanhamento e avaliação), podendo favorecer a construção de um Sistema Único de Saúde.

Um importante aspecto a ser adotado, preconizado pelo SUS, é a Atenção Integral de assistência à saúde. Pode-se salientar que os preceitos constitucionais da universalidade de acesso e integralidade de atenção à saúde, se constituem como meios para a garantia da continuidade de cuidados.

Deve-se lembrar que a idéia da gestão descentralizada das ações e serviços, de forma hierarquizada, já estava presente na proposta de distritos sanitários (distritalização) e da municipalização, frutos de um longo processo surgido na década de 50, pautados nas concepções do chamado “sanitarismo desenvolvimentista”, cujas teses foram aprovadas na III Conferência Nacional de

Saúde, em 1963 (FADUL, 1978).

As propostas apresentadas acima foram consideradas como modelo para reorganização dos serviços de saúde, com capacidade para estabelecimento de uma verdadeira rede de serviços, onde os mecanismos de comunicação e integração destacar-se-iam neste conjunto de ações (PAIM, 1993).

Segundo Wilson Fadul (1978, p. 66), Ministro da Saúde em 1963, “a idéia fundamental era criar uma rede flexível, que, em nível municipal, se adequasse à realidade do município e que fosse se tornando mais complexa à medida que o próprio município se desenvolvesse”.

De acordo com o anteriormente citado, a regionalização constitui uma diretriz organizativa de alguns dos principais sistemas de saúde do mundo como o do Reino Unido, Canadá, Suécia, Itália e Brasil, entre outros.

A Constituição Federativa da República do Brasil, promulgada em 1988 (CRFB/88), consolida, definitivamente, as idéias anteriores, dispondo no seu artigo 198, que as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, constituindo um sistema único, organizado segundo as seguintes diretrizes: descentralização, com uma direção única em cada esfera de governo; atendimento integral, com prioridades para as atividades preventivas, sem prejuízos dos serviços assistenciais e participação da comunidade (BRASIL, 2006).

A CF88, além de promulgar a saúde como direito legalmente instituído, estabeleceu as diretrizes para o sistema de saúde brasileiro, regulamentadas pelas Leis nº 8.080/90 e 8.142/90. Dessa maneira, a Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), no seu capítulo II, art. 7º, ao regulamentar a CF/88, reafirma o conceito de integralidade, caracterizando-o como uma continuidade da atenção à saúde, devendo ser entendida em sua essência como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Assim, a Lei Orgânica de 1990 reitera a importância da municipalização, da regionalização e da hierarquização da rede de serviços de saúde e consolida o Sistema Único de Saúde, articulando-o em níveis de complexidade, tendo cada um deles atribuições específicas, proporcionando o cuidado integral e permitindo a continuidade da atenção, o que contempla todo um processo de construção de conceitos que desaguaram na Constituição de 1988.

O Programa de Saúde da Família surgiu na esteira do Programa Agente Comunitários de Saúde (PACS) em 1994, como uma política nacional de saúde, constituindo-se num programa especial do Ministério da Saúde, e desde seu início considerado capaz de ser uma “estratégia” de reorganização da atenção básica e reorientação do sistema de saúde (MENDES, 1996; CORDEIRO, 1996; LEVCOVITZ; GARRIDO, 1996).

Portanto, a decisão política de reorganizar a rede de atenção à saúde, através de uma política que apontasse para o acesso universal e consolidasse o processo em curso de descentralização passou a ser referência para a implantação do PSF nos municípios brasileiros. Por outro lado, apesar dos constrangimentos financeiros de recursos federais para a expansão da ESF, é inequívoco que a estratégia trouxe inúmeras responsabilidades de gestão e a demanda por profissionais qualificados, comprometidos com a filosofia do PSF (ANDRADE *et al.*, 2006).

Sob essa ótica, a estratégia utilizada pelo Programa de Saúde da Família, visa à reversão do modelo assistencial vigente (modelo médico-assistencial privatista), considerado hegemônico, voltado para a chamada “demanda espontânea”. Entretanto, isto só é possível com a mudança do objeto de atenção, da forma de atuação e organização geral dos serviços, em novas bases e critérios (MS, 1997).

A Unidade de Saúde da Família (USF) é uma unidade de saúde pública, destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção, assistência e recuperação (reabilitação) da saúde, no nível primário de atenção (MS, 1997).

De acordo com Silva Jr. (1998) a estratégia de saúde da família (ESF), a partir do momento da sua expansão em 1998, proporcionado pela Norma Operacional Básica de 1996 (NOB/96), passa a conviver, na prática, com a importância epidemiológica das doenças crônico-degenerativas [cabendo destacar, as relacionadas com o trabalho, diabetes mellitus e hipertensão arterial], típicas do processo demográfico de envelhecimento e urbanização, tendo ainda que lidar com a realidade das doenças infecto-contagiosas, especialmente relevantes durante a infância.

Segundo Lavor (2004) outro perfil desafiador são os indicadores nacionais de atenção primária, tanto em relação aos de acesso como aos de resultados, que

demonstram, ainda, a falta de comprometimento político com as ações de promoção de saúde.

Ainda os mesmos autores, Barreto e Bezerra (2006), citados por Andrade, para caracterizar os serviços de saúde que não mais atendiam as necessidades sanitárias da população, afirmam que bastaria analisar as taxas nacionais em 1994 de mortalidade infantil (41,01% em menores um ano por 1000 nascidos vivos) e a cobertura vacinal para sarampo (80,36%) e a Vacina Oral Anti-Poliomielite (VOP) para poliomielite (65,39%), deixando visível o descaso com a atenção primária e ausência de ações preventivas e assistenciais básicas, relacionadas à saúde da mulher e da criança.

Diante das expectativas gerais, consideramos que o PSF pode modificar bastante as práticas hegemônicas de assistência à saúde, pela introdução de mudanças significativas na organização do trabalho das equipes e, assim, reorganizar a atenção básica e reorientar os sistemas municipais de saúde, através de ações de promoção, prevenção, assistência e recuperação (reabilitação) da saúde da população, com a integração dos níveis de complexidade do sistema a partir da atenção primária de saúde.

Os trabalhos que se propõem a identificar os entraves à consolidação desse modelo estarão contribuindo para o seu aperfeiçoamento, visando impactar a saúde da população, a integralidade das ações, o resgate dos princípios do SUS e, em consequência, a obtenção de uma melhor qualidade de vida. O que está de acordo com a abordagem de Macinko e Starfield (2003, *apud* IBAÑEZ *et al.*, 2006, p. 62), ao definirem:

A atenção primária constitui um conjunto de funções combinadas: problemas comuns da comunidade, serviços de prevenção, cura e reabilitação, ações de saúde integradas, organização e racionalização do uso de recursos básicos e/ou especialidades, são exclusivos da atenção primária.

O Diabetes Mellitus é considerado hoje como uma epidemia mundial, sendo um problema de grande magnitude, portanto, um desafio para os sistemas de saúde de todo o mundo. Fatores como envelhecimento da população, a crescente urbanização, a adoção de estilos de vida pouco saudáveis como sedentarismo, dieta inadequada e obesidade podem ser apontadas como os grandes responsáveis pelo aumento da incidência e prevalência do diabetes no mundo.

Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), o número de portadores da doença em todo o mundo era de 177 milhões, com expectativa de alcançar 350 milhões de pessoas em 2025 (OMS, 2000). Hoje, no Brasil, existe cerca de seis milhões de portadores, devendo este número alcançar a casa dos 10 milhões de pessoas em 2010 (MS, 2007). O Ministério da Saúde ao fazer esta projeção evidencia de imediato o impacto que isso acarretará para o sistema de saúde brasileiro.

A Organização Mundial de Saúde (2000), por sua vez, mostrou que o diabetes cresce mais rapidamente em países pobres e em desenvolvimento e isso contribui de forma muito negativa para a morbimortalidade precoce, atingindo pessoas ainda em plena vida produtiva, além de onerar a previdência social e ser decisivo para a manutenção do ciclo vicioso da pobreza e da exclusão social.

Ao avaliarmos que a doença acomete parcela importante da população em idade produtiva, as conseqüências humanas, sociais e econômicas são devastadoras: são quatro milhões de mortes por ano relativas ao diabetes e suas complicações (com muitas ocorrências prematuras), o que representa 9% da mortalidade mundial total (OMS, 2007). Os crescentes custos têm grande impacto econômico, notadamente nos serviços de saúde, como conseqüência direta no aumento da incidência da doença, de seu tratamento e, sobretudo, das complicações, como a doença cardiovascular, a diálise por insuficiência renal crônica e as cirurgias para amputações de membros inferiores.

Ao analisarmos o diabetes e a hipertensão, no conjunto das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), de imediato percebemos sua relevância econômica e que os maiores custos, os mais consideráveis e impactantes recaem, principalmente, sobre os próprios portadores, suas famílias e a comunidade em seu todo, pois é possível constatar que a redução média da expectativa de vida é de 15 anos para o diabetes do tipo-I e de 5 à 7 anos para o tipo II.

Entre adultos portadores de diabetes o risco de desenvolverem problemas cardiovasculares e cerebrovasculares, sendo estes as causas mais comuns de amputações não traumáticas de membros inferiores; amauroses irreversíveis (cegueira por retinopatia diabética), doença renal terminal, por inúmeros partos prematuros e mortalidade materna é de duas a quatro vezes maiores (MS, 2007). Outra constatação importante é o afastamento prematuro em idade produtiva do portador de diabetes do mercado de trabalho, acarretando dificuldades econômicas

para si e sua família.

No Brasil, de acordo com o MS (2007), o diabetes junto com a hipertensão arterial, é responsável pela primeira causa de mortalidade e de hospitalizações, de amputações de membros inferiores e representa, ainda, 62,1% dos diagnósticos primários em pacientes com insuficiência renal crônica submetido à diálise. É importante observar que já existem informações e evidências científicas suficientes para prevenir e/ou retardar o aparecimento do diabetes e suas complicações, desde que pessoas e comunidades progressivamente tenham acesso a esses cuidados.

Mediante o impacto econômico negativo no Sistema de Saúde, faz-se necessário que os governos privilegiem suas populações, com ações específicas e contínuas e orientem seus sistemas de saúde para lidar com os problemas educativos, de comportamento, nutricionais e de assistência que estão impulsionando a epidemia de diabetes, sobretudo no sentido de reduzir a iniquidade de acesso a serviços de qualidade (MS, 2007).

O Ministério da Saúde, ao editar as Normas Operacionais de Assistência a Saúde (NOAS – 2001/2002), fixou quais as ações prioritárias que devem ser desenvolvidas pela atenção básica, para o controle do Diabetes Mellitus, a saber:

- Diagnóstico de casos (investigar usuários com fatores de risco),
- Cadastramento dos portadores (alimentação e análise do sistema de informação),
- Busca ativa de casos (Visita Domiciliar),
- Tratamento de casos (acompanhamento ambulatorial e domiciliar, educação terapêutica em diabetes, fornecimento de medicamentos, curativos),
- Monitorização dos níveis de glicose do paciente (realização de exame dos níveis de glicose (glicemia capilar) pelas unidades de saúde),
- Diagnóstico precoce de complicações (realização ou referência laboratorial para apoio ao diagnóstico de complicações, realização de ECG),
- 1º Atendimento de urgência (1º atendimento às complicações agudas e outras intercorrências, acompanhamento domiciliar),
- Encaminhamento de casos graves para outro nível de complexidade (agendamento do atendimento),
- Medidas preventivas e de promoção da saúde (ações educativas sobre condições de risco (obesidade, vida sedentária), ações educativas para a

prevenção de complicações (cuidados com os pés, orientação nutricional, cessação do tabagismo e alcoolismo, controle da PA e das dislipidemias), ações educativas para auto aplicação de insulina) (MS, 2001).

A NOAS 2001/2002 também fixou as diretrizes que devem ser desenvolvidas pela atenção básica em relação à Hipertensão Arterial, a saber:

- Diagnóstico de casos (diagnóstico clínico),
- Cadastramento dos portadores (alimentação e análise do sistema de informação),
- Busca ativa de casos (medição de PA de usuários, visita domiciliar),
- Tratamento de casos (acompanhamento ambulatorial e domiciliar, fornecimento de medicamentos, acompanhamento domiciliar de pacientes com seqüelas de AVC e outras complicações),
- Diagnóstico precoce de complicações (realização ou referência para exames laboratoriais complementares, realização de ECG, realização ou referência para RX de tórax),
- 1º atendimento de urgência (1º Atendimento às crises hipertensivas e outras complicações, acompanhamento domiciliar, fornecimento de medicamentos),
- Medidas preventivas (ações educativas para controle de condições de risco: obesidade, vida sedentária, tabagismo e prevenção das complicações) (MS, 2001).

Ao analisarmos as diretrizes acima consideramos viáveis as ações propostas, que podem ser desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, não havendo necessidade de grandes recursos tecnológicos para tal. Entretanto, para que isto aconteça efetivamente na prática, é necessário que haja apoio dos outros níveis de complexidade da rede de serviços de saúde, secundário e terciário, para exames de confirmação diagnóstica, consultas especializadas e internações hospitalares nos casos mais graves e, fundamentalmente, a garantia de vagas nessas unidades de saúde de referência. Só assim o cidadão terá garantido a continuidade de cuidados para ter seu problema de saúde resolvido.

Em relação à Hipertensão Arterial, trata-se de uma das doenças do aparelho circulatório que representa um importante problema de saúde pública, com cerca de 600 milhões de portadores no mundo (OMS, 2007) e 30 milhões no Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2007), sendo considerada em nosso

país há algumas décadas como a primeira causa de morte. De acordo com registros oficiais no ano de 2000, significaram mais de 27% do total de óbitos, ou seja, neste ano 255.585 pessoas morreram em consequência de doenças do aparelho circulatório (MS, 2000).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Hipertensão a doença ocorrendo isoladamente ou em associação com diabetes e a obesidade, constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. Entre suas complicações mais freqüentes decorrentes encontram-se o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais (SBH, 2007).

Segundo dados do Ministério da Saúde (MS, 2000), as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 das internações/ano, com um custo aproximado de 475 milhões de reais, sendo que nestes números não estão inclusos os gastos com procedimentos de alta complexidade, que são onerosos e em muito contribuem para dificultar à gestão econômica do sistema de saúde, daí ser de vital importância a resolubilidade da Atenção Básica nos agravos que acometem o sistema cardiovascular, entre eles, hipertensão, diabetes, obesidade, tabagismo, etc.

O Programa de Saúde da Família ao trabalhar com a diretriz do HIPERDIA, procurando fazer a identificação precoce dos casos e o estabelecimento do vínculo entre os portadores e as unidades básicas de saúde, identifica essas iniciativas como elementos imprescindíveis para o sucesso do controle dessas doenças. Outras ações que devem ser desenvolvidas como: ações educativas, uso regular e contínuo dos medicamentos prescritos, exercícios físicos, dieta adequada, a conscientização dos malefícios do uso do tabaco e do álcool, a importância de um índice de massa corporal (IMC) adequado, a mudança do estilo de vida (MEV) etc., são ações que requerem um acompanhamento e um controle no âmbito da atenção básica, que poderá evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares e da mortalidade devido a esses agravos (MS, 2001).

Ao fomentar parcerias com os seguimentos sociais afins, interessados e indispensáveis, o Ministério da Saúde, com objetivo de reduzir a morbimortalidade associada a essas doenças, assumiu o compromisso de executar ações em

conjunto com estados, municípios e Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de hipertensão arterial e diabetes, Conass e Conasems para apoiar a reorganização da rede de saúde, com melhoria da atenção aos portadores dessas patologias através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus (MS, 2007).

Em um mundo globalizado, aonde a tecnologia da informação/comunicação faz a diferença, estando, portanto, presente em todas as atividades atuais do ser humano, modificando e sendo modificada, um sistema de saúde não pode estar na contramão deste novo contexto e, nesta perspectiva, muitas ações estão sendo implementadas em nosso país. Uma delas é a disponibilização para estados e municípios de um sistema informatizado que permite o cadastramento de portadores, o seu acompanhamento, ao mesmo tempo em que, em médio prazo, poderá ser definido o perfil epidemiológico desta população, possibilitando a tomada de decisões estratégicas de gestão da saúde pública no Brasil, que levarão à modificação do quadro atual, à melhoria da qualidade de vida dessas pessoas e à redução do custo social e à racionalização dos gastos pelo sistema de saúde (MS, 2007).

Ao priorizar a tecnologia da informação/comunicação, permitindo que o sistema informatizado possa cadastrar e acompanhar os portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão arterial e ao Diabetes Mellitus, em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde, gerando informações para os gerentes locais, gestores das secretarias municipais, estaduais e Ministério da Saúde, possibilita uma visão mais ampliada e que políticas mais adequadas possam ser estabelecidas (MS, 2007).

1.1 JUSTIFICATIVA

Baseado na minha experiência profissional, bem como na vivência obtida por trabalhar in loco na área da pesquisa, principalmente por ter sido em um momento de transição, quando a unidade básica de saúde foi transformada em Estratégia de Saúde da Família, fiquei motivado para saber como seriam incorporadas as diretrizes propostas pela estratégia, supondo que ao mudar o modelo de atenção (médico-individual) saindo do foco individual para o coletivo (a família) como o Programa Saúde da Família seria capaz de lidar com tão abrangentes propostas, mesmo que lhe fosse garantido tornar mais fácil o acesso da população aos outros níveis de atenção, diferentemente do que vinha ocorrendo até então.

Tendo ocorrido de início certa rejeição por parte da população da área adscrita (isto foi sentido pelos profissionais que começaram as atividades da ESF através das falas e atitudes dos primeiros usuários) que, em um primeiro instante não entendeu (a população) que as mudanças a serem realizadas iriam alterar profundamente o seu modelo de assistência à saúde, que a organização e o planejamento do Programa de Saúde da Família não estaria mais centrado apenas na Atenção Primária de Saúde e que para atender os preceitos constitucionais teria que privilegiar o atendimento integral à saúde, passando pelo enfoque multiprofissional tanto local quanto regionalmente, pressupondo-se um acesso bem definido para outros níveis de atenção (nível secundário e terciário de saúde).

Para o pesquisador foi necessário identificar a existência de um sistema de referência e contra-referência atuante, pois sem este mecanismo funcionando adequadamente não existe longitudinalidade nas ações de saúde, portanto, não se tem continuidade, principal fator que faz a diferença no cuidar das doenças crônico-degenerativas como diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Dessa maneira, o objetivo deste trabalho foi identificar as dificuldades que as equipes da Saúde da Família do Bairro de Guaratiba (AP 5.2) no Município do Rio de Janeiro encontraram para controlar e acompanhar a população de diabéticos e hipertensos cadastrada nos seus territórios de abrangência.

Nos meus longos anos de exercício da medicina no interior do País verifiquei que nessas cidades a solução para os inúmeros problemas de saúde ainda encontra barreiras, não só na distância que separa a população das unidades de saúde como pela falta de insumos, profissionais qualificados e, principalmente, de instituições de

saúde de maior complexidade que possam agilizar os exames para confirmação diagnóstica e, nos casos mais graves, de acompanhar esses pacientes pelas diversas especialidades, a fim de resolver as necessidades de saúde dos cidadãos.

A Implantação do Programa Saúde da Família (PSF) trouxe, através das suas equipes, a expectativa de um atendimento mais próximo e resolutivo para a população adscrita, em função das diretrizes organizacionais do Programa, que prevêem, entre outras, a existência de referências determinadas para os outros níveis de atenção para o encaminhamento dos pacientes e, por outro lado, o cadastramento da população, o levantamento da sua morbidade, o vínculo com as famílias e a atuação dos agentes comunitários de saúde (ACS), estabelecidos como prática de trabalho das equipes.

O PSF, ao contrário dos programas tradicionalmente implantados pelo Ministério da Saúde, de acordo com suas especificidades, principalmente, por não ser nem uma intervenção vertical nem paralela às atividades desenvolvidas pelos serviços de saúde, passou a ser considerado como uma estratégia capaz de possibilitar a integração e de promover a organização das atividades num determinado espaço, denominado território, onde vive uma população num constante processo de construção social, com todas as contradições a ele inerentes, com a finalidade de enfrentar e resolver os problemas de saúde identificados (BRASIL, 1998).

Dessa maneira, a estratégia saúde da família se propõe a trabalhar com as bases conceituais presentes no modelo de vigilância à saúde, e caracterizada por uma atuação inter e multidisciplinar e de responsabilidade integral sobre a população na área de abrangência das suas unidades de saúde.

Entre as responsabilidades das equipes de saúde da família estão: planejamento, programação da oferta de serviços (assistência, agendamento, visita domiciliar, referência-contrarreferência, etc.) a partir de enfoques epidemiológicos e demográficos, incluindo a compreensão dos múltiplos fatores de risco à saúde e a possibilidade de intervenção sobre essas multicausalidades, com a adoção de estratégias como, por exemplo, a promoção de saúde (SAMPAIO, 2004).

Portanto, os profissionais podem não só conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nos seus aspectos sócio-econômicos, demográficos, psico-culturais e epidemiológicos, como identificar as situações de saúde mais comuns e as de risco as quais a população está exposta.

Assim, a ESF pode atuar no controle de doenças transmissíveis, das infecto-contagiosas e das crônico-degenerativas, além daquelas relacionadas ao trabalho.

Entre as atribuições da ESF, que considero fundamental para que o PSF seja eficaz e resolutivo, está à resolução da maior parte dos problemas de saúde da população, mas quando isto não é possível, as equipes devem garantir a continuidade do tratamento (cuidados), através da correta referência do caso.

No conjunto das chamadas doenças crônicas degenerativas não transmissíveis (DCNT), o controle irregular e pouco eficaz do diabetes mellitus e da hipertensão arterial sempre me chamou à atenção, pois acarretam consequências graves, muitas vezes irreversíveis, além de internações demoradas e de alto custo. Os problemas existentes na rede de serviços têm, de um modo geral, contribuído para estas situações.

A demora na obtenção dos resultados dos exames complementares e da marcação das consultas com os especialistas, segundo minhas observações, são fatos comuns em quase todas as cidades brasileiras e, por isto, suas causas devem ser identificadas para que essas patologias e tantas outras de controle e acompanhamento pela atenção primária possam alcançar os níveis de resolução e eficácia desejáveis.

A oportunidade de levantar esses nós críticos na minha pesquisa de mestrado, numa região do Rio de Janeiro, possibilitaram obter um perfil dessas dificuldades e do encaminhamento das soluções.

Possivelmente, e é isto que me anima, este trabalho deverá contribuir para outras pesquisas na minha região de origem como em outras cidades do Brasil, visto que em muito se assemelham com o cenário da pesquisa realizada, onde o estudo das variáveis que envolvem o controle e acompanhamento da população de diabéticos e hipertensos cadastrados e acompanhados pelas equipes de Saúde da Família no Bairro de Guaratiba, no Município do Rio de Janeiro, que possui uma população de 101.205 habitantes, sendo considerada uma das regiões mais distantes e pobres do Município é importante e se justifica não só pela semelhança das condições de vida (sociais e econômicas) com inúmeras cidades brasileiras com mais de 100.000 habitantes, como pela utilização dos seus resultados, que envolverão situações complexas de gestão do sistema de referência e contra-referência com a identificação de seus principais nós críticos, que poderão balizar as pesquisas locais na minha cidade de origem, Boa Vista, no Estado de Roraima,

assim como enriquecer os conteúdos das disciplinas desenvolvidas no curso de medicina da Universidade Federal de Roraima, da qual sou professor.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PSF: A ESTRATÉGIA PARA REORGANIZAR A ATENÇÃO PRIMÁRIA E REORIENTAR OS SISTEMAS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO SUS

O PSF pode ser considerado uma estratégia política importante de regionalização e reorganização da Atenção Primária em Saúde do SUS, contribuindo significativamente para o rearranjo e substituição gradativa do modelo assistencial, ainda hegemônico e praticado nos serviços de saúde no Brasil (modelo médico assistencial privatista). As análises sobre o impacto na saúde da população indicam melhoria crescente dos indicadores epidemiológicos e, conseqüentemente, sua repercussão na qualidade de vida das pessoas cadastradas e controladas pelas ESF nos territórios sob sua responsabilidade (CUTAIT, 2006).

O PSF, criado em 1994, manteve como base na sua formulação, em grande parte, a lógica que perpassou as atividades bem sucedidas do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, enfatizando fortemente a prevenção e promoção da saúde. O PACS, na visão de muitos autores, como Viana e Dal Poz (2005, p.225), pode ser considerado o antecessor do Programa Saúde da Família, tendo em vista que “a partir daí começou-se a enfocar a família como unidade de ação programática de saúde e não mais (tão-somente) o indivíduo, e foi introduzida a noção de área de cobertura (por família)”.

O Planejamento do PSF apresenta como principais diretrizes: a adscrição da clientela, impacto na saúde dessa população, orientação por problemas (somente após uma adequada identificação e explicitação do problema é possível uma conseqüente atuação sobre as suas causas), intersetorialidade, planejamento e programação local, hierarquização, primeiro contato (a saúde da família deverá tornar-se o primeiro contato do usuário com o sistema, isto é, sua “porta de entrada”, sendo, assim, idealmente possível que, a partir dela, a população possa acessar os demais níveis do sistema de saúde, sempre que for necessário para a resolução da necessidade de saúde), longitudinalidade (deve assegurar à população cuidados contínuos ao longo do tempo), integralidade, co-responsabilidade (relação de mútua responsabilidade entre recursos de saúde e a população adscrita, criando-se um sentimento de parceria em busca da melhoria da saúde), humanização (valorização

da vocação humanística da prática sanitária), permitindo às pessoas e famílias exporem suas demandas e condições de vida, das quais emergem suas necessidades, heterogeneidade (garantia de que os princípios anteriormente enunciados não se convertam em prescrições), realidade, que deve ser organizada segundo as necessidades e recursos existentes num momento em determinado lugar (MANUAL DE CAPACITAÇÃO DE ESF, 2004).

Os pressupostos acima sinalizam que para contemplar tão abrangentes propostas e para que a mudança do modelo assistencial se viabilize, faz-se necessário o planejamento, a organização da oferta de serviços, o controle social e a avaliação, como ferramentas de gestão capazes de reorientar os serviços atualmente executados, reafirmando o sistema de referência e contra-referência como um forte diferencial, sendo uma das mais importantes ferramentas do sistema para a garantia do acesso do cidadão aos outros níveis de atenção para a solução da sua necessidade de saúde.

Dessa forma, ao possibilitar o acesso aos outros níveis de atenção (secundária e terciária), através de encaminhamento por documentos formais, o sistema de referência e contra-referência estará garantindo a Atenção Integral, uma das diretrizes da Constituição Federal de 1988, consagrada por muitos autores e adotada neste trabalho como a base conceitual do princípio da integralidade (CF/88). Este conceito amplo e complexo é de difícil operacionalização, pois implica em profundas mudanças conceituais e comportamentais, indo de encontro a poderosos interesses (principalmente de mercado) há muito tempo enraizado em nosso modelo de saúde, sendo, portanto, um gargalo a ser alargado, enfrentado, ultrapassado, para que o atendimento integral se concretize de fato, possibilitando a continuidade de cuidados.

Em março/2009, o PSF está implantado em 5.565 municípios brasileiros, contando com 29.275 equipes de saúde, que cobrem 49,3% da população, correspondendo a 93.481.320 milhões de brasileiros atendidos pelo programa (MS, 2009).

A longa experiência clínica na atenção primária de saúde tanto em Manaus, capital do Amazonas, Boa Vista capital do Estado de Roraima como no PSF do Rio de Janeiro, na área programática AP 5.2, coberta parcialmente pela ESF e no Programa Médico de Família (PMF) de Niterói permite registrar alguns entraves, provavelmente já registrados em outros trabalhos de cunho científico, na execução

dos serviços tais como: demora na marcação de consultas especializadas, de exames rotineiros ou não, de realização de procedimentos e exames específicos, da contra-referência (retorno da informação pela unidade de referência), que parece ser um grande nó para o acompanhamento pelas unidades de serviços primários, a geração de dados, e a disseminação das informações para o sistema, a avaliação e o retorno para as equipes de saúde e para população das áreas adscritas são barreiras a serem vencidas, parecendo haver necessidade de uma gestão profissionalizada, baseada na qualificação técnica e respaldada na atitude comprometida e responsável com a qualidade do serviço prestado, sendo capaz de administrar interesses de ordem coletiva e individual.

A identificação e/ou confirmação de muitas dessas dificuldades gerenciais e de regulação da rede serviços e ações do SUS na área selecionada para este estudo e das principais variáveis que as compõem, torna-se uma contribuição de significativa importância para o aprimoramento do controle da população coberta pela atenção primária de saúde, devendo as pesquisas serem nesse sentido, estendidas para as outras áreas programáticas do Rio de Janeiro.

A Estratégia de Saúde da Família vem demonstrando, ao longo destes anos de sua implantação, mais eficácia, eficiência e efetividade, na organização dos serviços primários de saúde. E as análises mostram que os municípios que adotaram essa estratégia vêm obtendo comprovadamente melhora significativa nas condições de vida e saúde de sua população (SERRA, 2000).

Ao admitirmos, conforme observação anterior, que em um mundo globalizado, onde a vigilância em saúde ultrapassa fronteiras, não podemos deixar de mencionar a tecnologia da informação como uma ferramenta importante que possibilita um conhecimento atualizado das condições de saúde da população.

Com a análise periódica do conjunto de indicadores básicos e apesar dos questionamentos sobre a precisão e a qualidade das informações, que pode ser afetada por múltiplos fatores técnicos e operacionais, a tecnologia da informação constitui-se em importante fonte de dados que alimenta o Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (MS, 2005).

A construção de indicadores, a partir desses dados, sobre a situação de saúde, permite a formulação, gestão, e avaliação das políticas públicas do setor, cabendo ao PSF não só a utilização deste importante mecanismo de informação para sedimentar, avaliar, reavaliar suas ações, como disseminar pelo sistema os

dados produzidos pelas equipes de saúde (MS, 2005).

De acordo com o relatório mundial da OMS (2002), as condições crônicas serão o grande desafio para a Saúde neste século XXI e vão requerer um gerenciamento contínuo que consumirá muitos anos ou décadas. Nessa perspectiva, as “condições crônicas” englobam uma categoria extremamente diversificada de agravos que, a primeira vista, poderiam não ter nenhuma relação entre si. Entretanto, doenças transmissíveis como o HIV/AIDS e não transmissíveis como as doenças cardiovasculares, câncer, diabetes e incapacidades estruturais (p.ex, amputações, cegueira e transtornos das articulações) embora pareçam ser diferentes estão todas incluídas nesta categoria.

As condições crônicas têm em comum a persistência e a necessidade de certo grau de cuidados permanentes. Além disso, as condições crônicas compartilham algumas características preocupantes, que devem ser evidenciadas, como:

- Estão aumentando no mundo e nenhum país está imune ao impacto causado por elas;
- Representam um sério desafio para os atuais sistemas de saúde no tocante à eficiência e efetividade e passam a desafiar nossas capacidades em organizar redes de serviços de saúde, ainda que articulados, capazes de suprir as demandas iminentes;
- Causam sérios desdobramentos econômicos e sociais em todas as regiões e ameaçam diretamente os recursos da saúde em cada país, que, contudo, poderão ser minimizados somente quando os líderes do governo e da saúde adotarem mudanças e inovações.

O mesmo relatório da OMS (2002) mostra que os seguimentos populacionais com menor poder aquisitivo, de um modo geral e em diversas partes do mundo e, por inúmeros motivos, não têm acesso aos serviços de saúde. Observa, também, que mesmo quando os serviços de saúde são financiados com recursos públicos, a distância e o tempo de percurso podem excluir os pobres de receberem serviços adequados e medidas preventivas, e este fato tem relação direta com o agravamento das condições crônicas.

Nesta mesma linha de análise outros obstáculos concorrem para este agravamento como o acesso a medicamentos e as profissionais de saúde, em função da indisponibilidade desses recursos ou dos custos. Em geral sabemos como

também afirma o relatório de 2002 da OMS, que a assistência preventiva é muito dispendiosa, ficando, normalmente, distante do alcance dos pobres, fazendo, em consequência que problemas evitáveis de saúde se transformem em condições crônicas. Essa relação também pode ser verificada em países desenvolvidos, como os Estados Unidos da América, além de ter sido corroborada em Gana e na África Subsaariana.

Ainda o referido relatório nos aponta para uma divisão dos problemas de saúde em micro, meso e macro, como sendo uma forma de retratar os atuais sistemas de saúde e fazer uma projeção para o futuro, em um sistema que seria denominado de cuidados inovadores para condições crônicas (CICC), onde o micro, referente aos pacientes, o meso às organizações de saúde e comunidades e macro à política, especificamente, deverão interagir entre si, influenciando de forma dinâmica uns aos outros, formando um circuito de retroalimentação que deverá manter-se indefinidamente.

A OMS identifica com exatidão que os sistemas de saúde existentes atualmente não são desenhados para o atendimento dos problemas crônicos, como os enfocados neste trabalho, isto é, o diabetes e a hipertensão. Assim, as instituições de saúde deveriam enfatizar o tratamento do paciente portador do diabetes e não o diabetes em si.

O estudo da OMS, ao sinalizar para esta nova visão, que se constitui numa mudança de paradigma, prevê, entre outros pontos, que a gestão para cuidados inovadores deverá sustentar-se em bases com evidências científicas, que estão bem estabelecidas. Infelizmente, constatamos que essas informações não chegam aos profissionais de saúde de forma sistemática, inviabilizando a realização regular de muitas intervenções eficazes para numerosos problemas crônicos.

Além disso, os medicamentos, os equipamentos para diagnóstico e os serviços laboratoriais necessários para respaldar os protocolos de diretrizes terapêuticas nem sempre estão disponíveis. Dessa maneira, ao não se fornecer o tratamento orientado por evidências científicas, os resultados ficarão no patamar de sub ótimos, gerando desperdícios. Assim, sem evidências que orientem os tratamentos, as intervenções efetivas correm o risco de serem excluídas e os pacientes, certamente, irão continuar submetidos a intervenções sabidamente ineficazes (OMS, 2002).

Em relação às condições crônicas, o “registro” (o prontuário eletrônico) de um

paciente pode funcionar como um banco de dados para os serviços de prevenção e seguimento e auxiliar no monitoramento da postura do paciente em relação à aderência aos esquemas terapêuticos ou outras alterações importantes no quadro clínico com o passar do tempo (OMS, 2002).

Ao avaliarmos as necessidades de pacientes que apresentam condições crônicas, a inexistência de um sistema de informação faz com que os trabalhadores da área de saúde sejam reativos, ao invés de pró-ativos. O fato de não se utilizar uma estratégia para monitorar as condições crônicas permite o desenvolvimento de problemas de saúde em vez de retardar seu surgimento ou evitá-los.

A inovação no tratamento das condições crônicas representa a introdução de novas idéias, métodos ou programas para modificar a forma de prevenção e gestão das condições crônicas. Inovar significa integrar os elementos fundamentais, isto é, usuários (nível micro), as organizações de saúde e as comunidades (nível meso) e a política (nível macro) do sistema de saúde; contudo, faz-se necessária uma prévia re-conceituação das condições crônicas para criar uma base sobre a qual se erigir.

Inovar o tratamento significa reorientar os sistemas de saúde de forma que os resultados valorizados pelo sistema sejam os efetivamente produzidos. Os resultados esperados para os problemas crônicos diferem daqueles para o tratamento das condições agudas. Significa, concretamente, integrar os componentes estruturais dos níveis micro, meso e macro do sistema de saúde. As propostas acima descritas estão contidas no relatório Cuidados Inovadores para as Condições Crônicas (OMS, 2002) e definem com precisão um novo paradigma a ser tentado em relação as DCNT.

Em outras palavras: para que haja uma continuidade de cuidados para os pacientes portadores de condições crônicas, como diabetes e hipertensão fazem-se necessário resolver definitivamente a relação entre os usuários do sistema, a rede de serviços de saúde e as políticas de saúde (nível macro), no que diz respeito ao desenvolvimento de valores gerais, princípios e estratégias para a atenção à saúde, além das decisões em relação à alocação de recursos. Sem uma total coordenação nesse nível é provável que os serviços de saúde continuem fragmentados e dispendiosos (OMS, 2002).

Ao nos depararmos com o novo modelo ampliado proposto pela OMS, denominado cuidados inovadores para condições crônicas (CICC), verificamos que o mesmo insere-se em um contexto político mais abrangente que envolve os

pacientes e suas famílias, as organizações de saúde e as comunidades. Devido a este grande envolvimento é que necessitamos do ambiente político como responsável pela regulamentação, liderança, integração política, parcerias, financiamento e alocação de recursos humanos, permitindo as comunidades e organizações de saúde ajudar os pacientes e suas famílias no tratamento das condições crônicas.

O relatório da OMS de 2002 também define os princípios norteadores do modelo CICC que orientam os níveis micro, meso e macro do sistema de saúde. Entre eles está a tomada de decisão com base em evidências científicas. Desta maneira, a evidência científica deve ser a base de toda decisão referente à formulação de políticas, planejamento de serviços e gerenciamento clínico das condições crônicas. A evidência inclui as informações disponíveis sobre a magnitude das condições crônicas, as intervenções eficazes e efetivas para reduzir a carga associada, as necessidades atuais e futuras de recursos e a proporção adequada de pessoal capacitado do setor saúde. As informações baseadas em evidência incluem o que se sabe sobre processos clínicos de atenção à saúde e resultados observados em pacientes.

Na ausência ou escassez de dados e a sua confiabilidade, deve-se promover a capacitação de pessoal e organizar uma infra-estrutura para coleta e análise de informações relevantes sobre as condições crônicas. Quando as decisões são orientadas pela evidência, e não por intuição ou impulso, a atenção às condições crônicas é otimizada.

2.2 O SUS E O PSF: PRINCÍPIOS CONSTITUCIONAIS E SUA EXECUÇÃO

O SUS encontra-se definido nos artigos 196 a 200 da Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88) e apoiado nas Leis Orgânicas da Saúde, Lei nº 8.080/90 e nº 8.142/90, tendo ainda como aspecto legislativo importante a edição das Normas Operacionais Básicas (NOBs) na década de 90, destacando-se entre elas a NOB/SUS 01/91, NOB/SUS 01/93 e NOB/SUS 01/96, que criaram mecanismos de regulamentação, dando ênfase na descentralização para os municípios, criando condições de gestão para os mesmos ao definir as regras de repasses de recursos

financeiros.

Outro importante passo rumo à descentralização foi dado pelo Ministério da Saúde nos anos de 2001/2002, ao editar as Portarias MS/GM nº 95 e nº 373, criando as Normas Operacionais da Assistência a Saúde (NOAS/SUS 01/2001 e NOAS/SUS 01/2002), cuja finalidade foi aprofundar o processo de descentralização, já que as portarias anteriores se mostraram ineficientes para tal, tendo como bases organizacionais três importantes estratégias:

- 1) Regionalização e Organização da Assistência,
- 2) Fortalecimento da Capacidade de Gestão do SUS, visando à definição de competências e a garantia de acesso aos serviços pela população e,
- 3) Revisão de Critérios de Habilitação de estados e municípios.

De acordo com Barrenechea e Uribe (1987) “o estabelecimento de níveis de atenção, por escalas de complexidade e a articulação de serviços, são essenciais para a regionalização”, significando a possibilidade da continuidade de cuidados, através da garantia de acesso da população aos serviços de saúde, de acordo com a necessidade de saúde de cada cidadão.

Em uma visão mais ampla, segundo Mendes (1996, p. 300) a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) como espaço da saúde exige necessidades de mudanças no nível estrutural do sistema, devendo operar em torno dos seguintes eixos:

... concepção do processo saúde-doença, paradigma sanitário e prática sanitária, e em consequência destas mudanças, da ordem organizativa da saúde na cidade. Estas mudanças terão de se dar simultaneamente nos planos políticos, ideológico e cognitivo-tecnológico, demandando um longo período de transição, no qual o novo convive com o velho.

A base conceitual acima, descrita por Mendes (1966), não sinaliza apenas para medidas gerenciais, visando à racionalização do sistema, que pouco impacto produz e sim para mudanças profundas no modelo de atenção. Daí, pressupormos ser o PSF com todas as suas abrangentes diretrizes, o modelo a ser tentado por essa busca de mudanças.

2.3 DIABETES MELLITUS E HIPERTENSÃO ARTERIAL: O IMPACTO NA SAÚDE DAS POPULAÇÕES, NO SISTEMA ECONÔMICO E NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Como definição técnica (DUNCAN *et al.*, 2004), o diabetes mellitus é uma doença crônica decorrente da deficiência relativa ou absoluta, na ação e ou na secreção de insulina, caracterizada por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo dos carboidratos, lipídios e proteínas, e outros fatores, assim, considerada uma síndrome de etiologia múltipla (síndrome metabólica ou plurimetabólica e outras causas associadas). Quando a secreção pancreática de insulina é insuficiente denomina-se tipo I e a incapacidade das células de usar efetivamente a insulina produzida, de tipo II.

De acordo com a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2002) o diabetes mellitus tipo I, antes chamado de insulino-dependente, caracteriza-se por uma deficiência na síntese de insulina por um defeito na célula β , usualmente auto-imune, com maior prevalência em crianças e adolescentes (infanto-juvenil).

A diabetes mellitus tipo II, ocorre em adultos, e é freqüentemente diagnosticado após os 40 anos de idade. Sua fisiopatologia esta relacionada à resistência da ação de insulina nos tecidos. São considerados importantes fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes tipo II: susceptibilidade genética, obesidade, inatividade física, histórico familiar de diabetes, fatores nutricionais, desenvolvimento econômico, ocidentalização da cultura, hábitos de vida, etc (DUNCAN *et al.*, 2004).

Outras características importantes da DM II são: alta taxa de mortalidade prematura, com um risco aumentado de duas ou três vezes em relação à população em geral, ser responsável por cerca de 85% a 90% de todos os casos de diabetes, se mal controlado ou sem controle algum e, de acordo com sua fisiopatologia, levar a falência de múltiplos órgãos, especialmente, rins, olhos, coração, sistema nervoso periférico, sistema vascular, este último com grande repercussão na economia do organismo (SBD, 2002).

Todas as ações deletérias à saúde citadas anteriormente têm impacto profundo na saúde das populações e em seus sistemas econômicos e de saúde, por demandarem ações em diversos níveis do sistema, de alto custo e complexidade, daí a importância das ações de prevenção e promoção de saúde, preconizadas pelo PSF e executadas pela Estratégia de Saúde da Família.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2000), a diabetes atinge 246 milhões de pessoas no mundo, tem status de epidemia que parece se agravar pelo aumento no número de casos de obesidade em crianças e adultos.

Ainda de acordo com a OMS (2000) em uma projeção para 18 anos, o número de pessoas vivendo com diabetes no mundo, deverá chegar a 380 milhões, ressaltando-se que a incidência entre crianças cresce exponencialmente (3% ao ano). O Brasil tem 6,9 milhões de casos registrados, ocupando a sétima posição no ranking de países com maior número de diabéticos, atrás da Índia, China, EUA, Rússia, Alemanha, Japão e Paquistão (FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES, 2007) e que em 2025, poderá ocupar a quarta posição com 17,6 milhões de portadores de diabetes. A taxa de prevalência de DM ajustada por idade, na população brasileira de 30 a 69 anos, é de 7,6%.

Outros dados importantes segundo as mesmas fontes (OMS, FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DE DIABETES) mostram que 3,8 milhões de mortes no mundo são causadas por diabetes, representando 6% do total da mortalidade mundial, com uma estimativa de perda de 23 a 25 milhões de anos de vida, por morte ou deficiência provocada pela doença.

Como impacto econômico, considerando os efeitos da mortalidade prematura, a OMS (2000) prevê que o diabetes, associado às doenças do coração, e ao derrame, vão custar entre os anos de 2005 e 2014 cerca de US\$ 555,7 bilhões na China, US\$ 303,2 na Rússia, US\$ 336,6 bilhões na Índia e US\$ 49 milhões no Brasil.

Para enfrentar tão relevante problema, a Estratégia de Saúde da Família dispõe de uma importante ferramenta de trabalho, denominada HIPERDIA, que é um sistema de cadastramento e acompanhamento de hipertensos e diabéticos captados no Plano Nacional de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus, implantado em todas as unidades ambulatoriais do Sistema Único de Saúde.

O sistema informatizado possibilita o seguimento, o acompanhamento desses pacientes e a garantia de recebimento dos medicamentos prescritos. Assim, o controle e a continuidade regular de cuidados permitem evitar o surgimento e a progressão das complicações, reduzindo o número de internações hospitalares, as seqüelas e a mortalidade por esses agravos. Outro fator importante é que em médio prazo será possível definir o perfil epidemiológico desta população, gerando

informações que possibilitarão aos gestores municipais, estaduais e do Ministério da Saúde a elaboração de políticas públicas de saúde que visem a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas, diminuir a morbimortalidade e o impacto econômico no sistema de saúde (DATASUS, 2007).

A hipertensão arterial é uma patologia de característica predominantemente silenciosa, não apresentando sintomas na grande maioria dos casos, sendo, muitas vezes, uma descoberta acidental. Faz parte das chamadas doenças crônicas não-transmissíveis (DCNT), atingindo cerca de 600 milhões de pessoas em todo mundo, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000). Por sua vez, as DCNT, incluindo a hipertensão, são responsáveis por 59% de mortes no mundo, chegando a 75% das mortes nos países das Américas e Caribe (OMS, 2000).

No Brasil, segundo a Sociedade Brasileira de Hipertensão (SBH, 2007), a doença atinge 30% da população adulta brasileira, ocorrendo em mais de 50% na terceira idade, 5% das crianças e adolescentes com até 18 anos, estimando-se uma população de 3,5 milhões de casos. A doença é responsável por 40% dos infartos, 80% dos acidentes vasculares cerebrais e 25% dos casos de insuficiência renal terminal. Podemos ainda mencionar as internações hospitalares recorrentes, o uso da alta complexidade e as seqüelas, que muitas vezes exigem tratamentos por longos períodos de tempo e onerosos para os sistemas de saúde.

A Estratégia de Saúde da Família tem no HIPERDIA uma importante diretriz para organização, planejamento e execução de políticas para o enfrentamento dessa patologia complexa e multicausal.

Este estudo analisou como se processa o fluxo de atendimento dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pela Saúde da Família do Bairro de Guaratiba (AP 5.2), sendo este um fator fundamental para garantir a continuidade de cuidados de uma doença que coexiste com outras de igual importância (Diabetes, Obesidade, Dislipidemia, Tabagismo, etc.), contribuindo para exacerbação das co-morbidades.

2.4 O PSF NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

O Município do Rio de Janeiro está situado na região metropolitana I, com uma população de 6.094.182 habitantes, distribuídos em uma área de 1.182,30Km², com densidade demográfica de 5.155hab/km², sendo que 3.552.983 hab com um IDH<0,84, perfazendo total de 60,65% da população (IBGE, 2005).

O Programa de Saúde da Família foi implantado no ano de 1996 com uma equipe, chegando a 150 equipes no ano de 2007 com a expectativa de atingir 185 equipes neste mesmo ano (SMS, 2007).

Como forma organizativa o sistema de saúde municipal é dividido em Áreas de Planejamento de Saúde (APs): 1.0, 2.1, 2.2, 3.1, 3.2, 3.3, 4.0, 4.1, 5.1, 5.2 5.3, que possuem uma coordenação denominada Coordenação de Área Programática (CAP), estando distribuídas por 32 regiões administrativas, que agregam 157 Bairros da seguinte maneira: APs do Centro (1.0), da Zona Sul (2.1), da Zona Norte (2.2, 3.1, 3.2 e 3.3) e as APs da Zona Oeste (5.1, 5.2 e 5.3).

De acordo com o relato do 4º Seminário da Região Metropolitana I (RIO DE JANEIRO, 2005), baseado no diagnóstico situacional do Plano Estadual de Saúde de 2001, os principais problemas e desafios identificados na área de saúde e os fatores que indicam sua existência e contribuem para sua persistência são:

- Insuficiente cobertura pelo Programa de Saúde da Família na região, chegando somente a 4,76% nesse período. Em 2007, até o mês de outubro, embora pequena, a cobertura passou para 14,3%;
- Dificuldade para garantir o atendimento de média e alta complexidade para população. Este fator está relacionado, principalmente, à demora na marcação de consultas; à falta de acesso de uma parcela considerável da população a estes tipos de serviço; à demora no atendimento, às filas de espera, sempre muito grandes; à prevalência do atendimento na rede conveniada e à falta de acompanhamento e fiscalização dos serviços oferecidos por esta rede;
- Alta prevalência de doenças crônico-degenerativas (hipertensão e diabetes), determinando um número elevado de internações hospitalares;
- Modelo de atenção à saúde mental hospitalocêntrico, (acarretando um maior repasse de recursos financeiros para os hospitais e mantendo um grande número de pessoas em regime de internação);

- Deficiência na prestação de assistência hospitalar em função dos fatores: pouca definição do papel/inserção de vários hospitais na rede, falta de classificação hierárquica dos hospitais, deficiente inserção dos hospitais universitários e federais no SUS e inadequação da distribuição de leitos;
- Política de recursos humanos inadequada, tendo como fatores responsáveis a prestação de serviços por profissionais contratados por cooperativas, o clientelismo político nas contratações, a alta rotatividade, etc.
- Todos os fatores citados anteriormente contribuem decisivamente para inexistência ou deficiente continuidade de cuidados e até mesmo a sua descontinuidade, não atendendo os preceitos constitucionais que afirmam como responsabilidade do SUS as ações integrais de saúde, sem prejuízo das ações assistenciais, estando muito aquém das reais necessidades da população.

2.5 O PRINCÍPIO DA INTEGRALIDADE NO SUS

Em relação ao princípio da integralidade, a Constituição Federal de 88 (CF/88) determina que o Sistema Único de Saúde (SUS) deve ter em seus preceitos as ações integrais de saúde, que foi consagrado como o princípio da integralidade, definido como a prestação de serviços curativos (assistenciais), exercício de atividades de promoção/prevenção e reabilitação (acessando outros níveis de saúde a partir da atenção primária) em uma mesma unidade de saúde, o que poderia ser caracterizado exemplificando-se como, a garantia de acesso à oferta de consultas clínicas, procedimentos de enfermagem, atividade dos ACS, imunizações, coleta de colpocitológicos, atenção pré-natal, educação em saúde, encaminhamentos para outros níveis de atenção (de complexidade) quando o problema de saúde assim o exigir etc. Este conjunto de ações, sequenciais, que perpassam os vários níveis de complexidade com a finalidade de assegurar continuidade do cuidado para a resolução do problema de saúde apresentado pelo usuário pode ser caracterizado como o princípio da integralidade.

Em uma visão mais ampliada de saúde, a primeira abordagem a ser feita é desfazer a separação entre as atividades de promoção/prevenção das atividades curativas (assistenciais). Essas práticas têm de ser simultâneas, não podem ser

dicotomizadas, é necessário que o foco não recaia apenas no aspecto clínico (individual), mas que haja um envolvimento abrangente, amplo (clínico-psico-familiar e o social), (DUNCAN *et al.*, 2004).

A fragmentação dos serviços de saúde foi prática corrente durante muitos anos no Brasil, representada pelo Ministério da Saúde (ações preventivas) e Ministério da Previdência (ações curativas). Este quadro dicotômico foi mudado com a promulgação da Constituição Federal de 88, quando se definiu que as ações de saúde devem ser financiadas e articuladas em um mesmo sistema, não havendo mais a separação entre ações individuais e coletivas (MS, 2000).

Entre as diretrizes da CF 88, a integralidade, sinaliza que com ações abrangentes, os serviços de saúde, sejam capazes de atender as necessidades de saúde da população, possibilitando a continuidade de cuidados, de acordo com os seguintes preceitos:

... oferta organizada de atenção à saúde, com garantia da referência e contra-referência em uma rede articulada entre o setor ambulatorial e hospitalar que inclua tanto as unidades da rede, como os procedimentos realizados nos diferentes níveis de complexidade, com definição clara dos fluxos e percursos definidos e ordenada espacialmente de modo compatível com a demanda populacional de cada território (GIOVANELLA, *apud* Serra, 2003, p. 15).

Portanto, fica caracterizado que cuidado integral pode ser entendido como a capacidade da equipe de saúde em lidar com os problemas de saúde da população, seja resolvendo-os por meio da oferta de um conjunto de ações dirigidos aos problemas mais freqüentes, seja organizando-os para que o usuário receba os serviços que não são da competência da atenção primária.

Dessa forma concebemos que a integralidade começa pela organização dos processos de trabalho na atenção básica, onde as atividades desenvolvidas devem ser multiprofissionais, ter como base as diretrizes do acolhimento e vinculação da clientela, onde a equipe se responsabiliza pelo cuidado. Sendo o mesmo exercido a partir dos diversos campos de saberes e práticas, onde se associam os de vigilância à saúde e dos cuidados individuais que perpassam pelos atos assistenciais de forma integral e que está de acordo com a seguinte citação:

... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores... (CECÍLIO, L.C.; MERHY, E.E., 2003, p. 59).

Refere-se, portanto, ao conjunto de serviços oferecidos, variando desde as mais variadas orientações ou formas de tratamento no nível local até ao encaminhamento adequado para outros níveis de atenção (cuidados secundários e terciários), dos quais demandam os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

A integralidade implica que a atenção básica disponibilize serviços capazes de atender todos os tipos de necessidade de saúde, incluindo os já citados encaminhamentos para os outros níveis de atenção à saúde (cuidados especializados), bem como os serviços de suporte essencial, tais como internação domiciliar ou serviços comunitários. Ainda que as unidades de saúde definam diferentemente a gama de serviços de que dispõem, as responsabilidades devem estar explicitadas, tanto para população quanto para equipe de saúde. Assim como outros recursos: visitas domiciliares, organizações comunitárias (creches, clubes de mães, grupos de apoio, etc.) e articulações intersetoriais (educação, saneamento, etc.) são frequentemente necessários como parte de um atendimento integral. Parece evidente que quanto maior a variedade de serviços disponíveis, melhor será a atenção oferecida (DUNCAN *et al.*, 2004).

2.6 A UNIVERSALIDADE COMO A CONTINUIDADE DO CUIDADO

Para falarmos em continuidade de cuidados, é necessário que nos reportemos ao princípio do SUS da Universalidade, que garante a todos os cidadãos o acesso aos serviços de saúde públicos e privados conveniados, em todos os seus níveis, assegurado por uma rede hierarquizada de serviços e uso de tecnologia adequada para cada nível (CF/88). O conceito de universalização da saúde como um direito de cidadania tinha clara intenção de que pelo compromisso assentado na carta constitucional tornaria real o acesso aos serviços de saúde e reverteria o quadro de desigualdades regionais.

Ao definir o acesso universal aos serviços de saúde (CF/88), além de ser uma garantia constitucional, e que representava uma bandeira de luta dos movimentos sociais, tornando esta reivindicação um dos elementos fundamentais dos direitos de cidadania que em seu exercício pleno tem um grande potencial de produzir

resultados concretos, sinalizando para reais possibilidades de mudança e melhora no atendimento aos problemas de saúde da população, entre eles diabetes mellitus e hipertensão arterial (objeto deste estudo).

Estas doenças crônico/degenerativas necessitam de um acompanhamento longitudinal “que só é possível através do acesso universal intermediado pelo sistema de saúde a partir da atenção básica” (IBÁÑEZ *et al.*, 2006), pois, além do cuidado continuado na atenção primária, estes usuários demandam consultas, exames e procedimentos especializados, que só podem ser obtidos se os níveis de complexidade estiverem funcionando integradamente, articulados no nível micro (usuários) meso (organizações de saúde/comunidade) e macro (político) e o sistema de referência e contra-referência atuante.

Apesar de definido constitucionalmente, a universalização do acesso aos serviços de saúde, encontra grandes dificuldades de financiamento, acarretando inúmeros e diferentes problemas para os usuários do sistema: o acesso a partir da atenção primária muito burocratizado, onde a classe pobre é mais penalizada, diferentemente da classe média da população, cujo dilema é submeter-se a universalização de baixa qualidade do setor público ou aderir a um seguro de saúde privado sem cobertura universal. (PUSTAI *apud* DUNCAN *et. al.*, p. 69).

2.7 O SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA

Como uma das manifestações pioneiras no Brasil quanto à articulação de um sistema de referência podemos citar a proposta do Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde (PREV-SAÚDE), elaborado por técnicos do Ministério da Saúde e do Ministério da Previdência e Assistência Social, apresentado na VII Conferência Nacional de Saúde em Brasília em 1980, que visava à reestruturação e a ampliação dos serviços de saúde e incluía áreas como saneamento e habitação. A idéia fazia parte das preocupações, dentro do processo incipiente de redemocratização do país, com a melhoria das condições de saúde e do atendimento à população, principalmente daquelas menos favorecidas, localizadas nas periferias dos grandes centros urbanos e consideradas focos potenciais de tensões sociais (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Os alicerces do programa basearam-se nas proposições da OMS

referendadas em 1978 na Conferência de Alma-Ata, realizada na União Soviética e também na experiência acumulada com o Programa de Interiorização de Ações de Saúde e Saneamento (PIASS), implantado no norte de Minas Gerais e na região Nordeste, que tinha como pressupostos básicos para a expansão de cobertura: a hierarquização das ações de saúde por níveis de complexidade, tendo a atenção básica como “porta de entrada” no sistema; a integração dos serviços existentes em cada nível de complexidade, independente do seu vínculo aos subsistemas público/previdenciário/privado e a regionalização (OLIVEIRA; TEIXEIRA, 1989).

Em sua formulação o PIASS, criado pelo Decreto nº 78.307 de 24 de agosto de 1976, tinha a finalidade de implantar a estrutura básica de saúde pública nas comunidades e melhorar o nível de saúde da população nas áreas programadas. No artigo 2º, diretrizes básicas do Programa, itens II e IV (p. 78), o decreto deixa bem claro a preocupação dos seus formuladores com a aplicação prática dos conceitos de continuidade de cuidados, referência e integralidade, estabelecendo como diretrizes do Programa:

... Ênfase na prevenção de doenças transmissíveis, inclusive as de caráter endêmico, no atendimento da nosologia mais freqüente e na detecção precoce dos casos mais complexos, com vistas ao seu encaminhamento a serviços especializados...;

... Disseminação de unidades de saúde tipo miniposto, integradas ao sistema de saúde da Região e apoiadas por unidades de maior porte, localizadas em núcleos populares estratégicos...;

... À articulação da rede de módulos com os demais níveis da rede de serviços de complexidade crescente se faz através de uma garantia do acesso da população aos serviços mais especializados (unidade mista ou hospital).

Em relação à continuidade de cuidados está implícito no decreto de criação do PIASS no item 2.4, Diretrizes e Estratégias, quando no item 2.4.4 (p. 82) da ênfase ao planejamento horizontal, como substituto do processo tradicional de planejamento vertical por programas, assim descrito: O planejamento das atividades passa a ser feito de forma integrada, a partir do nível local e segundo as necessidades da população.

Reiterando no item 2.4.5 (p. 82) quando faz referência à integralização das ações de saúde, como responsabilidade das secretarias de saúde, cujo papel no desenvolvimento das ações coletivas é fundamental, mas que também devem valorizar as de ordem individual:

Abrangendo, de forma integral as medidas de promoção, prevenção,

recuperação e reabilitação da saúde de forma a possibilitar o atendimento às necessidades básicas do indivíduo e da coletividade.

Cabe ressaltar que o decreto que criou o PIASS registra, claramente a noção de referência, como sendo unidades de complexidade distintas para as quais são encaminhados os pacientes para terem as suas necessidades de saúde resolvidas e/ou esclarecidas (DECRETO 78.307, pg.78).

No caso do PIASS, os postos de saúde, teriam como referência os centros de saúde e estes as unidades de maior complexidade (hospitais locais e regionais) (SOUZA, 1980).

A existência do sistema de referência e contra-referência, é um fator incondicional para garantia da continuidade do cuidado e, por ser tão relevante, está assegurado na Constituição Federal de 1988, que através da Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde), no seu capítulo II, art. 7º, determina que o sistema de saúde deva ser “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990).

Esta determinação da CF88 encontra similaridade na proposta do modelo descrito por Bertrand Dawson (informe Dawson) apresentado ao Ministério da Saúde da Grã-bretanha (Conselho Consultivo de Serviços Médicos e afins) em 1920, que preconizava um sistema de referência a partir da Atenção Primária de Saúde.

O modelo também propunha que certos números de centros primários de saúde atuassem sob supervisão, recebendo ajuda de centros secundários que, por sua vez, seriam coordenados por um hospital de ensino de maior complexidade (BERTRAND, D., 1920).

O sistema de referência e contra-referência deve ser capaz de garantir o acesso aos outros níveis de atenção à saúde, e o seu funcionamento adequado deve estar sendo continuamente monitorado e uma das prerrogativas para seu correto funcionamento deve ser o uso de protocolos clínicos.

Neste caso, cabe aos gestores estar cotidianamente buscando dimensionar a oferta, principalmente, em relação às DCNT e, no caso desse estudo, diabetes mellitus e hipertensão arterial, que necessitam continuamente de atenção especializada e isto só será possível com um sistema de referência e contra-referência que tenha resolubilidade, estando de acordo com as diretrizes da CF/88 (BRASIL, 1990).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Identificar e analisar os entraves gerenciais existentes entre os diversos níveis do sistema de saúde a partir da atenção primária para acompanhamento e controle dos pacientes diabéticos e hipertensos cadastrados nas Unidades de Saúde da Família do Bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar as referências utilizadas pelas Unidades Saúde da Família do Bairro de Guaratiba para o encaminhamento da população de hipertensos e diabéticos cadastrados nos territórios sob sua responsabilidade.
- Identificar e analisar a existência de instrumentos de regulação e gestão do sistema de referência e contra-referência para o controle da população de diabéticos e hipertensos cadastrados nas Unidades Saúde da Família na área a ser estudada.
- Identificar as dificuldades do nível secundário em relação ao apoio às Unidades Saúde da Família do Bairro de Guaratiba.

4 MÉTODO

4.1 TIPO DE PESQUISA

Para esta pesquisa optou-se por uma abordagem qualitativa, com objetivo exploratório, utilizando como meio para a coleta de dados, os instrumentos metodológicos disponíveis pelo estudo de caso (TOBAR; YALOUR, 2004; GIL, 2002).

Segundo Castro (2006) a pesquisa qualitativa diz pouco sobre a prevalência dessa ou daquela causa, isto é, não diz se é um ou cinquenta por cento. Entretanto, a partir dos seus resultados, pode ser viável construir um instrumento (questionário) capaz de quantificar a importância relativa de cada fator identificado na pesquisa qualitativa. Dessa maneira, tem-se a pesquisa quantitativa auxiliando a qualitativa.

Minayo (1996) confirma a referência acima citada, afirmando que o estudo exploratório propicia a junção vantajosa de se obter aos aspectos qualitativos das informações à possibilidade de quantificá-los posteriormente. As complementaridades resultantes dessa associação permitiriam ampliar a compreensão do fenômeno em estudo. Assim, utilizamos para análise dos dados brutos levantados através das questões fechadas, ferramentas estatísticas simples como frequências e percentuais (BARDIN, 2004).

Quanto às questões abertas utilizou-se a análise de conteúdo preconizada por Bardin (2004), seguindo-se os passos do método, desde a leitura e releitura das falas até a seleção de categorias de análise extraídas das mesmas. Dessa forma, identificaram-se os principais pontos priorizados pelos entrevistados para cada questão e o número de vezes em que apareceram no total das entrevistas. Da mesma forma adotada para as questões fechadas, as categorias selecionadas foram consolidadas em quadros para facilitar a visualização e análise dos resultados.

Ainda Minayo (1996) afirma que uma das riquezas da pesquisa qualitativa reside no fato de que o pesquisador tem uma espécie de “presença promíscua” no campo de estudo. Assim, de acordo com Castro (2006) a contaminação física com o objeto de estudo é uma das riquezas da pesquisa. O pesquisador qualitativo quando “mergulha” na complexidade do problema visa entender o seu todo e explorar seus meandros, e, portanto, para ele, a complexidade enriquece e a simplicidade falsifica

a realidade:

... Seu ponto de partida está nas narrativas, não nas teorias ou nos números. Seu objeto de estudo é o que as pessoas dizem. Em algum momento o que é dito precisa virar texto escrito para que possa ser analisado com cuidado e desvelo. Portanto, se sua matéria prima é a palavra, o primeiro processamento dessa matéria prima é transformá-la em texto... (CASTRO, 2006, p. 111).

Uma pesquisa exploratória, segundo Tobar & Yalour (2004), “é aquela realizada em áreas e sobre problemas dos quais há escasso ou nenhum conhecimento acumulado e sistematizado”.

Da mesma forma, Piovesan (1995) afirma que em uma pesquisa exploratória freqüentemente leva o pesquisador a novas percepções, novas terminologias e enfoques, que paulatinamente vão contribuindo para modificar seu próprio modo de pensar, ou seja, o pesquisador vai moldando e ajustando, progressivamente, suas percepções à percepção dos entrevistados e à outras evidências, facilitando controlar, quase sem perceber, seu viés pessoal.

Quando nossos conhecimentos são escassos e rudimentares sobre uma determinada realidade, podemos optar por uma análise incompleta do todo (estudos agregados) ou aprofundar nossos conhecimentos através de uma pequena parte, que não sabemos até que ponto representa esse todo (estudo de caso) CASTRO (2006). Para o desenvolvimento deste trabalho foram utilizados os seguintes procedimentos:

4.2 LOCAL DO ESTUDO

Este estudo foi realizado no ano de 2008 e a área escolhida foi a Área Programática (AP 5.2), que está localizada na Zona Oeste do Município do Rio de Janeiro. De acordo com o relatório da AP 5.2 (PLANO DIRETOR AP 5.2, 2008) a área é composta por duas regiões administrativas (RA): 18ª RA e 26ª RA, sendo que a 18ª RA tem uma extensão de 153,44km² e compreende os seguintes bairros: Santíssimo, Campo Grande, Vasconcelos, Inhoaíba, Barra de Guaratiba e Cosmos; a 26ª RA possui uma extensão de 152,48km² que corresponde aos bairros de Guaratiba e Pedra de Guaratiba.

Juntas, as duas RA possuem uma extensão de 305,92km² (34,59%) do total de área da Zona Oeste e (24,98%) do território do Município do Rio de Janeiro.

Nelas residem, de acordo com a população ajustada pelo Instituto Pereira Passos (IPP) para o ano de 2007, 718.074 habitantes, dos quais 138.508 (19,29%) são menores de 15 anos, enquanto a população acima de 60 anos corresponde a 68.562 (9,55%) habitantes.

A área de Guaratiba destaca-se por apresentar um crescimento exponencial, tendência que se vem observando nos últimos anos, com uma expansão comercial expressiva, na construção de condomínios e no surgimento de novas comunidades. Apresentou um crescimento populacional na ordem de 22,6% no período compreendido entre 2000 (585.567hab.) e 2007 (718.074hab.) de acordo com ajuste populacional realizado pelo IPP. A taxa de fecundidade da área decresceu de 6,6% (2001) para 4,44% em (2006) (PLANO DIRETOR AP 5.2, 2008).

Quanto ao perfil de morbi-mortalidade da área podemos destacar como os de maior incidência, a hanseníase, a tuberculose, as hepatites virais sendo, portanto, os que mais estão indicados para estudo e intervenção, dada a sua prevalência e oferta de recursos disponíveis para detecção precoce, prevenção de danos e incapacidades que podem causar. Tradicionalmente conhecida como uma das áreas endêmicas para leishmaniose possui algumas regiões onde a incidência da doença demanda ações de saúde mais direcionadas, tais como os sub-bairros Mendanha e Rio da Prata em Campo Grande e a área de Guaratiba.

Em relação à mortalidade na área, tomando como análise o ano de 2005, excluindo os óbitos que apresentaram como causa básica os códigos de causa indeterminada (17,90%), registramos o mesmo padrão mundial, estando em 1º lugar os óbitos provenientes das doenças do aparelho circulatório (23,84%). Daí considerarmos importante este estudo sobre diabéticos e hipertensos na referida área.

As demais causas proporcionais de óbitos são: neoplasias (13,43%) e causas externas (12,15%). A mortalidade proporcional por faixa etária entre menores de um ano decresceu de 4,86% em 2000 para 3,81% em 2005 (PLANO DIRETOR AP 5.2, 2008).

O Bairro de Guaratiba e Pedra de Guaratiba têm uma população estimada de 101.205 habitantes, que obedece a seguinte distribuição por faixa etária: 0 a 14 anos 29.571; 15 a 59 anos 63.703; >60 anos 7.931 habitantes (IBGE, 2000).

O Bairro de Guaratiba é bastante afastado do centro da cidade, apresentando características rurais e muitas áreas verdes. Por sua localização geográfica na

Região Metropolitana I, até bem pouco tempo apresentava, segundo o Plano Estadual de Saúde de 2001, uma pequena cobertura populacional pelo PSF, deficiência na atenção ao paciente portador de tuberculose e hanseníase, prevalência elevada de Aids na região e dificuldade para garantir o atendimento de média e alta complexidade para população.

De acordo com o Plano Estadual de Saúde de 2001 a região também apresentava: elevada prevalência de doenças crônico-degenerativas, hipertensão e diabetes, que determinavam inúmeras internações por diabetes e por problemas decorrentes da hipertensão; modelo de atenção à saúde mental hospitalocêntrico; deficiência na prestação de assistência hospitalar e política de recursos humanos inadequadas. Este quadro, entretanto, parece estar melhorando com a implantação do PSF há dois anos na região (BRASIL, 2005).

A pesquisa avaliou o item integralidade das ações nesta área, no que se refere à garantia da continuidade de cuidados dos pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pelas equipes de saúde da família em suas respectivas áreas de cobertura nesta região, que dependem do sistema de referência e contra referência e de todas as variáveis que influenciam seu desempenho, tanto em relação às consultas e exames especializadas, importantes pelo respaldo técnico às equipes de saúde da família para o acompanhamento desses pacientes, quanto aos casos mais complexos que necessitam do nível terciário para a solução das eventuais complicações decorrentes dessas doenças.

Para avaliar e analisar esta realidade, o autor da pesquisa entrevistou médicos, gerentes e gestores da área selecionada para o estudo. Foram entrevistados cinco médicos das sete equipes que cobrem este bairro, em virtude de duas delas não estarem completas, quatro gerentes das unidades de referência e quatro gestores da Coordenação da Área Programática 5.2.

Os profissionais médicos faziam parte das cinco equipes completas, sendo três no PSF Maia Bittencourt/Fazenda Modelo e duas no PSF Largo do Correa/Fazenda modelo.

A unidade PSF Maia Bittencourt que é uma unidade tradicional convertida em PSF, cujas atividades começaram em janeiro de 2006, sendo reconhecida em Diário Oficial (D.O em 20/09/2007). A população atendida vai da Estrada da Matriz, em frente à Igreja Católica Salvador do Mundo até a Estrada do Morro Cavado, cobrindo 2547 famílias ou 8094 cidadãos. São acompanhados atualmente 159 diabéticos e

767 hipertensos. Esta unidade faz mensalmente 1463 atendimentos médicos (PLANO DIRETOR AP 5.2, 2008).

O imóvel é de propriedade municipal, situa-se em local seguro, encontra-se em uma superfície plana, tem acesso regular para 07 linhas de ônibus e também conta com transporte alternativo. A sua planta física consta de 01 pavimento, onde estão instalados 06 consultórios, 01 sala administrativa, 01 copa/cozinha, 01 almoxarifado, 01 pequeno depósito para armazenamento de medicações, 01 sala de imunização, 01 sala de curativos, e 01 consultório de odontologia. O mobiliário e equipamentos, de um modo geral, estão bem conservados, exceto os de informática que são muito antigos, necessitando de serem substituídos por ser este um setor estratégico para o desenvolvimento das atividades de qualquer unidade PSF. A força de trabalho é composta por 04 equipes completas de saúde da família, 03 equipes de saúde bucal, 02 porteiros, 03 auxiliares de serviços gerais, 04 servidores administrativos, 01 auxiliar de chefia II, 01 coordenador, perfazendo um total de 52 profissionais, sendo 21% dos servidores estatutários e 2% de servidores federais, os demais são contratados.

A outra unidade da pesquisa foi o PSF Largo do Correia/Fazenda Modelo, que iniciou suas atividades em outubro de 2007, em uma casa alugada, funcionando como uma extensão do PSF/Maia Bittencourt. Atualmente possui coordenação própria, mantém o perfil do PSF e tem como área adscrita as seguintes comunidades: Razão, Largo do Correia, Caminho de Dento e Areal, que se inicia na Estrada do Mato Alto, após Estrada do Morro Cavado e termina na Estrada da Cachamorra após a Rua Leônidas.

Os serviços executados pela Unidade cobrem cerca de 2.266 famílias, tendo em média 100 famílias flutuantes. O número de atendimentos individualizados gira em torno de 1.700 pacientes/mês. O imóvel, que foi adaptado para receber a unidade, está situado em local relativamente seguro e com acesso para o transporte coletivo distante.

A Unidade possui 02 andares, em flagrante desacordo com o que preconiza o MS (2006), isto é, que é importante que a concepção arquitetônica da UBS se integre ao entorno, respeitando os valores da comunidade local, tendo o acesso facilitado e as identificações das unidades claras. O prédio não tem elevador, o que se constitui num fator de grande dificuldade para o acesso de: idosos, gestantes, sequelados, pacientes debilitados, obesos, etc. (PLANO DIRETOR AP 5.2, 2008).

4.3 COLETA DE DADOS

4.3.1 Dados primários

Estes dados foram obtidos através da aplicação de instrumentos semi-estruturados, aplicados pelo pesquisador (procedentes do projeto “Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da área metropolitana do Rio de Janeiro” conduzido pelos Professores Doutores Carlos Gonçalves Serra e Paulo Henrique Rodrigues), junto aos gestores de unidades secundárias e terciárias de referência; ao responsável pela Central de Regulação e aos médicos das equipes do PSF no Bairro de Guaratiba. Após a aplicação dos questionários semi-estruturados os dados foram consolidados e tratados dentro da técnica preconizada para as pesquisas qualitativas, tanto para as questões fechadas como abertas, com a finalidade de fornecer informações fundamentais para a sua análise e conclusão, respondendo os objetivos da pesquisa.

- Identificar as unidades de referência da Área Programática (AP 5.2);
- Planejamento e organização dos serviços em rede e o sistema de referência e contra-referência;
- Instrumentos de gestão clínica (capacitação e uso de protocolos; grupo de apoio técnico (GAT); regulação do sistema e educação permanente);
- Logística (abastecimento de medicamentos, insumos e manutenção de equipamentos).
- Identificar as dificuldades do nível secundário em relação ao apoio às Unidades Saúde da Família do Bairro de Guaratiba.

Os instrumentos de pesquisa utilizados neste trabalho foram adaptados às especificidades do mesmo. As matrizes dos questionários foram validadas por ocasião da realização do subprojeto VI de pesquisa, intitulado “Estratégia Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência” do projeto geral “Avaliação da Estratégia da Saúde da Família em dois Municípios da área metropolitana do Rio de Janeiro”, Edital 37/2004 do CNPq, realizado numa área programática do Município do Rio de Janeiro (AP 3.1) e no Município de Duque de Caxias, de acordo com o relatório final encaminhado ao CNPq.

A amostra constou de 13 profissionais de saúde, sendo cinco médicos das equipes de PSF do Bairro de Guaratiba, quatro gerentes da área de abrangência das unidades de referência (Hospital Rocha Faria, Centro Municipal de Saúde Belisário Penna, Centro Municipal de Saúde Ilha de Guaratiba e Centro Municipal de Saúde Pedra de Guaratiba) e quatro gestores da coordenação da área programática (CAP 5.2).

4.3.2 Dados secundários

De acordo com os procedimentos técnicos utilizados pela pesquisa de estudo de caso, os dados secundários foram obtidos através de levantamento bibliográfico e documental referentes ao tema, que permitiram direcionar o estudo e dar sustentação teórica para a proposta de investigação e análise dos resultados. Entre eles: o material histórico sobre o PSF na área, documentos estatísticos e demográficos sobre a população coberta pelas USF e, em especial, em relação aos diabéticos e hipertensos cadastrados.

Outro passo importante que facilitou os procedimentos acima descritos foi a obtenção de mapas com a localização das unidades PSF e as de referência para especialidades e internação hospitalar dentro e fora da área estudada.

O projeto teve a aprovação do comitê de ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e todos os entrevistados assinaram, por livre iniciativa, antes de responderem as questões do questionário, o termo de consentimento livre e esclarecido, que dá o respaldo legal para as pesquisas que envolvem seres humanos. Este documento está em anexo.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ENTREVISTAS COM OS PROFISSIONAIS MÉDICOS DAS ESF DA AP 5.2

- **Perfil dos profissionais entrevistados**

Em relação ao perfil dos profissionais médicos entrevistados (QUADRO 1) na Área Programática 5.2 (AP 5.2): a média de tempo de trabalho na Unidade de Saúde da Família da Área Programática 5.2 é de 1,5 anos; apenas 02 (40%) foram capacitados; todos (100%) são contratados pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) por uma ONG da Zona Oeste, que repassa os serviços ao Município; 02 (40%) clínicos gerais, 01 (20%) pediatra, 01 (20%) dermatologista e 01 (20%) cirurgião; a média de tempo de formado é de 12,5 anos, sendo que apenas 01 (20%) tem menos de 05 anos de formatura; a idade média cronológica é de 40,8 anos; o tempo médio de trabalho no SUS é de 9,0 anos, sendo 02 (40%) com menos de 03 anos e todos os profissionais são do sexo feminino (100%).

Variáveis	Tempo de trabalho no PSF (anos)	Capacitação para função		Tipo de vínculo		Especialidade de origem	Tempo de formado (anos)	Idade (anos)	Tempo de trabalho no SUS (anos)	Sexo
		Sim	Não	Estatutário	Contratado					
Prof. 1	02 a	X			X	C.Geral	05 a	29 a	02 a	F
Prof. 2	02 a		X		X	Cirurgião	30 a	55 a	20 a	F
Prof. 3	01 a	X			X	C.Geral	2,5 a	32 a	2,5 a	F
Prof. 4	01 a		X		X	Dermato.	08 a	47 a	07 a	F
Prof. 5	1,5 a		X		X	Pediatra	17 a	41 a	14 a	F

QUADRO 1: PERFIL DOS PROFISSIONAIS MÉDICOS DO PSF DA AP 5.2 BAIRRO DE GUARATIBA, 2008

Ao analisarmos estes dados constatamos que todos os profissionais das equipes são recém contratados (média de 1,5 anos), o que é um tempo relativamente pequeno para o estabelecimento de vínculos com o usuário no âmbito da família e com a comunidade, uma das prerrogativas previstas pela Estratégia da Saúde da Família.

Dos cinco profissionais, 03 (60%) não tiveram capacitação para a função, o que demanda mais tempo para adaptação ao trabalho em equipe e às competências estabelecidas pela ESF, estando, dessa forma, em desacordo com o que

preconizam Macinko e Starfield (2003, *apud* IBAÑEZ *et al.*, 2006, p. 62) ao definirem:

A atenção primária constitui um conjunto de funções combinadas, problemas comuns da comunidade, serviços de prevenção, cura e reabilitação, ações de saúde integrada, organização e racionalização do uso de recursos básicos e/ou especialidades, são exclusivos da atenção primária.

Portanto, o profissional da ESF deve ser formado com o perfil adequado para entender suas competências, mas, para isto, é necessário que os aparelhos formadores propiciem as condições para ofertar este tipo de profissional qualificado ao mercado de trabalho. Consideramos prejudicial o atual tipo de modelo para contratação de profissionais, por estabelecerem vínculos precários de trabalho, incompatíveis, de certo modo, com as exigências de um novo modelo para atenção primária de saúde.

Embora a formação ideal seja a do profissional generalista, os profissionais das equipes estudadas que mais se aproximam desse perfil são os dois clínicos gerais e o pediatra. Os demais, provavelmente, encontram dificuldades para o desempenho das suas funções.

Quanto ao vínculo empregatício, o fato de que todos os profissionais são contratados pela CLT, de forma precária, possibilita uma alta rotatividade e não se cria um quadro permanente de profissionais qualificados para a ESF, dificultando também a criação do vínculo com a família e comunidade.

Em relação ao tempo médio (12,5 anos) de formado (QUADRO 1), podemos traduzí-lo como experiência profissional, o que facilita seu desempenho na equipe.

Outro aspecto destacado pela pesquisa é a média da idade de 40,8 anos, que pode sugerir uma maturidade de vida aliada à experiência profissional, possibilitando, talvez, uma adaptação mais rápida à organização de trabalho do PSF. O tempo médio de trabalho no SUS (9,0 anos) certamente proporciona uma visão mais alargada da saúde pública e, por fim, ressalta o fato que todos os profissionais (100%) são do sexo feminino, refletindo a ocupação dos mais variados espaços profissionais pelas mulheres.

Quanto ao **perfil dos gerentes** da AP 5.2 (QUADRO 8), mostra 1,5 anos na função, que 75% têm formação complementar em administração, o que parece indicar uma adequação para o cargo, que todos são funcionários públicos de carreira (município e estado) com 19,7 anos de formados, com média de idade de 48

anos, com 17,5 anos de trabalho no SUS o que pressupõe um conhecimento ampliado do nosso sistema de saúde, portanto, devem apresentar resultados condizentes com esta situação e que 75% da gerência é composta pelo sexo feminino, significa que as mulheres estão galgando mais espaços na gestão.

Ao avaliarmos o **perfil dos gestores** (QUADRO 22), verificamos que os mesmos têm 1,7anos na função, que 03 (75%) dos gestores tiveram treinamento para função, que todos (100%) são funcionários de carreira do município, em relação às especialidades originais, 02 são enfermeiros, 01 odontólogo e 01 médico, que apresentam uma média de tempo de formado de 21 anos, com uma média de idade de 44,7anos, com um tempo médio de trabalho no SUS de 19,5 anos e que dois são do sexo masculino e dois do sexo feminino.

Os dados acima extraídos pela pesquisa (perfil), principalmente os médicos, estão em desacordo com (Andrade *et al.*, 2006) quando afirma que a decisão política de reorganizar a rede de atenção a saúde a partir da APS com a implantação do PSF, trouxe inúmeros desafios para gestão e a demanda por profissionais qualificados.

- **Organização do Sistema de Referência e Contra-Referência**

Em relação ao sistema de referência e contra-referência (QUADRO 2), a pesquisa evidenciou que 02 dois profissionais (40%) foram capacitados e que 03 (60%) não o foram. Da mesma forma, 02 (40%) têm conhecimento das referências específicas existentes para portadores de DM e HA e 03 (60%) as desconhecem.

Este fato nos permite afirmar que usuários, em especial os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, que tanto necessitam de consultas e exames especializados, até pelo caráter progressivo/degenerativo das patologias, parecem não estar devidamente assistidos, pois a continuidade de cuidados perpassa essencialmente pelas consultas e exames especializados.

Categoria Profissionais	Capacitação Para RCR		Conhecimento das referências específicas para DM e HA		Consultas especializadas com maior tempo de espera	Exames especializados com maior tempo de espera
	Sim	Não	Sim	Não		
Profissional 1	X			X	Cardiologia Neurologia Nefrologia	Ecocardiograma ECG, Cintilografia
Profissional 2		X		X	Cardiologia Neurologia Nefrologia	Ecocardiograma, ECG, Hb glic.
Profissional 3	X		X		Cardiologia Neurologia Oftalmologia	Ecocardiograma, ECG, Ex. de retina
Profissional 4		X	X		Cardiologia Endocrinologia Angiologia	Ecodoppler, Ergometria, RX tórax
Profissional 5		X		X	Cardiologia Cir.Vascular Fisiatria	RNM, TAC, Mamografia

QUADRO 2: CONHECIMENTO DOS PROFISSIONAIS SOBRE ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA, 2008

- **Consultas Especializadas/maior tempo de espera**

Em relação às consultas especializadas (QUADRO 2) que têm maior tempo de espera identificadas pelos entrevistados (médicos) foram: cardiologia, neurologia e nefrologia. Este é um dado preocupante, pois lista nas primeiras posições três especialidades que são de fundamental importância para os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, por envolverem justamente os profissionais que cuidam dos órgãos alvos destas patologias.

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD, 2002) o diabetes mellitus mal controlado, sem controle algum ou em associação com a hipertensão arterial e de acordo com a sua fisiopatologia, leva à falência de múltiplos órgãos, especialmente rins, olhos, coração, sistema nervoso periférico, sistema vascular, etc., portanto, áreas afins das especialidades referidas acima, cabendo aos gestores o implemento de ações que possibilite a rede aumentar a oferta das especialidades citadas.

- **Exames Especializados/maior tempo de espera**

De acordo com os (médicos) entrevistados, os exames com maior tempo de espera (QUADRO 2) são: ecocardiograma, eletrocardiograma c/laudo e os outros

em geral, como raios-X simples de tórax, ergometria, cintigrafia miocárdica com ou sem esforço, hemoglobina (hb) glicosilada, curva glicêmica, microalbuminúria, clearance de creatinina e proteinúria de 24 horas. Em relação a essa questão os profissionais demonstraram preocupação na avaliação cardiovascular dos usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, pois os exames apontados como os de maior tempo de espera são fundamentais para este fim.

As observações feitas pelos profissionais, destacando exames importantes com um tempo médio de espera acima do tolerável, servem de alerta para que os gestores tomem iniciativas no sentido de diminuí-los.

Outro aspecto que foi ressaltado diz respeito aos ECG que, em sua maioria, na área estudada, são emitidos sem laudo e que, ultimamente, esta tarefa está sendo delegada aos clínicos.

- **Principais problemas relacionados aos encaminhamentos para consultas e exames especializados**

Os problemas, neste item, foram classificados de acordo com as seguintes categorias (QUADRO 3): acesso (AC) regulação (RG) recursos humanos (RH), gestão de rede (GR) ofertas de serviços (OS) gestão clínica (GC) e comunicação (CO). O quadro 3 mostra quantas vezes cada um deles foi citado pelos entrevistados, propiciando ao autor classificá-los pelo grau de importância atribuída aos mesmos.

Categorias	Prof. 1	Prof. 2	Prof. 3	Prof. 4	Prof. 5
Acesso	X	X	X	X	X
Regulação		X	X	X	X
Rec. humanos		X	X	X	
Gestão/rede				X	X
Oferta/serviços	X	X	X	X	X
Gestão/clínica	X				
Comunicação	X				X

QUADRO 3: PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA OS ENCAMINHAMENTOS, 2008

Ao analisarmos as categorias identificadas e selecionadas nas falas dos entrevistados como problemas relevantes, podemos destacar que o acesso na visão dos 05 profissionais (100%) é um fator limitante para a continuidade de cuidados, pois à distância, a falta de recursos para a passagem de ônibus dificulta a ida dos usuários aos especialistas para as referências que estão fora da Área Programática 5.2.

Também para esses profissionais (100%) a oferta de serviços é outro entrave considerado importante e que limita, da mesma forma, a continuidade do cuidado. A regulação para 04 entrevistados (80%) é outro problema significativo, tanto pela burocracia da central de vagas quanto das unidades referenciadas em função da oferta limitada e, muitas vezes, do rigor no cumprimento dos protocolos.

Os recursos humanos especializados, segundo 03 entrevistados (60%), devem ser em maior número para operacionalizar o sistema. A gestão da rede de ações e serviços de saúde para os 02 (40%) médicos do PSF que responderam a questão, necessita desenvolver esforços para integrar mais o sistema, definindo a competência dos níveis, ofertando mais exames e consultas especializadas, diminuindo o tempo de espera, otimizando a informação e a comunicação e insistindo na implantação e no uso de protocolos. Estas ações são abrangentes e perpassam por todas as instâncias do sistema de saúde.

- **Unidades de referência para Consultas e Exames Especializados**

Em relação às **referências** mais utilizadas pelos profissionais **médicos** para os encaminhamentos de consultas e exames especializados, o quadro 4 apresenta as unidades mais utilizadas, que são de acordo com as falas dos 05 entrevistados: C.REG (Central de Regulação) na verdade a C.REG não é uma unidade de atendimento obviamente, mas é quem faz a regulação das vagas pelo sistema; HAC (Hospital de Acari); BE.PE (CMS Belisário Penna); P.G (Posto de Guaratiba); UPA (Unidade de Pronto Atendimento); PAM.COM (Posto de Atendimento Médico do Comari); I.G (Ilha de Guaratiba); Clin.Conv. (Clínicas conveniadas) e HRF (Hospital Rocha Faria).

Categoria Unidade	Indicações	Área de abrangência-AB	Fora da área de abrangência-FA	Indeterminado: Não sabe; Não tem e CL.CONV.
C.REG	24 indicações	AB		
			H.AC 21 indicações	
BE.PE	14 indicações	AB		
				10 ind. (não sabe)
				10 ind. (não tem)
P.G	6 indicações	AB		
UPA	4 indicações	AB		
P.COM	3 indicações	AB		
I.G	3 indicações	AB		
				CL.CONV. 3 ind.
HRF	1 indicação	AB		
Total	96 ind.	52 ind. 54,1%(AB)	21 ind. 21,8% (FA)	23 ind. 23,9% (I)

QUADRO 4: UNIDADES DE REFERÊNCIA PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008

Legendas: C. REG. - Central de Regulação; H. AC - Hospital de Acari; CMS - Belisário Penna; P.G - Posto de Guaratiba; UPA - Unidade de Pronto Atendimento; P.COM - Posto de Atendimento Médico do Comari; I.G - Ilha de Guaratiba; CL. CONV. - Clínicas Conveniadas; HRF - Hospital Rocha Faria. AB - Área de abrangência; FA - Fora de área; I - Indeterminado.

Um fato em especial chamou a atenção, pois 21 indicações apontaram o Hospital de Acari (H.AC) como uma grande referência para média e alta complexidade, o que requer algumas considerações: foi inaugurado recentemente, é fora da área de abrangência (FA), distante e, portanto, com acesso dificultado para os usuários por uma gama de situações, como: econômicas, idade avançada, gravidade do estado de saúde, seqüelas, etc.

Outras 23 citações indicam que os profissionais desconhecem as referências para determinados encaminhamentos (não tem; não sabem) ou até mesmo ignoram o endereço das clínicas conveniadas. Este desconhecimento pode sinalizar para uma falta de informação desses profissionais em relação às referências, fundamentais para a continuidade do cuidado.

Isto dificulta o acompanhamento e o controle adequados desses pacientes, até porque, como vai se estabelecer uma relação dialógica se as partes não se conhecem, como exigir mais rigor e aplicação do sistema de referência e contra referência, que é o grande diferencial na continuidade de cuidados, se as partes envolvidas pouco se falam ou se articulam entre si?

Ainda no quadro 4, verificamos que o CMS Belisário Penna (BE.PE) é a grande referência secundária da área de abrangência, embora o Hospital de Acari tenha a preferência desses profissionais. Este fato torna-se um grande desafio para a gestão da área, em virtude do Hospital se encontrar fora da área de abrangência, dificultar o acesso dos diabéticos e hipertensos como também distorcer a hierarquização da rede de serviços, por ser uma unidade terciária.

As conseqüências da não priorização do nível secundário da área de cobertura do PSF e das dificuldades de acesso impostas pela localização do Hospital será, provavelmente, o agravamento das condições crônicas desses usuários.

Segundo a projeção da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2000) essas doenças, se mal conduzidas, passarão a ser o grande desafio para a gestão dos sistemas de saúde em todo mundo, pois atingirão cerca de 5,4% da população mundial em 2025.

O Hospital Rocha Faria citado apenas uma vez pelos entrevistados demonstra sua pouca utilização em relação aos encaminhamentos para exames e

consultas especializadas por não oferecer ambulatório de serviços secundários, permanecendo com o perfil de uma unidade terciária para as emergências.

- **Medidas implantadas para solucionar o tempo médio de espera**

Quanto às medidas que estão sendo implantadas (QUADRO 5) para solucionar o tempo médio de espera pelos usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial para consultas e exames especializados na área estudada, os 04 (80%) entrevistados fizeram as seguintes afirmações: houve aumento no número de vagas e na oferta de serviços; a implantação do cartão SUS trouxe mais agilidade aos serviços; a reforma dos hospitais está possibilitando mais oferta de serviços; a central de regulação está intermediando mais e aumentando o número de vagas e a oferta de serviços, com a recente inauguração do Hospital de Acari proporcionou mais vagas e serviços. Apenas uma profissional informou que não sabia quais eram as providências que estavam sendo tomadas para diminuir o tempo de espera.

Esta fala dos profissionais da ponta parece ser consensual e se configuram como medidas acertadas da gestão.

Profissionais	Profissional 1	Profissional 2	Profissional 3	Profissional 4	Profissional 5
Categorias					
Aumento no número de vagas	X	X	X		X
Aumento na oferta de serviços	X	X	X		
Implantação do cartão SUS	X	X			X
Reforma dos hospitais com maior oferta de serviços			X		
Maior intermediação da Central de Regulação			X		X
Inauguração recente do Hospital de Acari	X	X			X
Prof. não sabe quais medidas estão sendo tomadas				X	

QUADRO 5: SISTEMA RCR – MEDIDAS ADOTADAS PARA SOLUCIONAR O TEMPO MÉDIO DE ESPERA POR CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008

- **Contra-referência, sua adequação e a atitude do profissional**

Em relação à contra-referência (QUADRO 6), 04 (80%) entrevistados afirmaram que a mesma quase nunca retorna e para o outro entrevistado ela nunca

retorna.

Esta afirmação reflete decisivamente na questão da continuidade de cuidados dos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. O fato da não existência da contra-referência contraria as instruções do MS constantes na NOAS (2001/2002), que fixou dentre várias ações a referência para atenção especializada como um dos pilares do diagnóstico precoce das complicações de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Este encaminhamento implica, evidentemente, no retorno da informação (contra-referência), que é a grande forma para o diálogo técnico entre as partes envolvidas, para que a continuidade de cuidados possa ser sustentada.

Dessa forma, a constatação desse fato é grave, pois os objetivos não podem ser alcançados sem o funcionamento adequado do sistema RCR.

Quanto ao conteúdo da contra-referência, 04 profissionais (80%) responderam quase nunca é adequado e apenas 01 (20%) enfatizou que nunca é adequado, o que caracteriza uma inoperância do sistema, contribuindo sensivelmente para a deterioração mais rápida do estado de saúde de pacientes diabéticos e hipertensos.

Em relação à atitude dos diante de tal situação, 01 profissional (20%) disse que comunicava ao gestor, 02 (40%) disseram que faziam contato direto com a unidade de referência, 01 (20%) disse que tentava resolver através de conhecimento pessoal e 01 (20%) aguardava providências. Como podemos perceber não há uma uniformidade de ação, o que parece favorecer a inoperabilidade do sistema.

Categorias	Sempre	Às vezes	Quase nunca retorna	Nunca retorna	Adequação	Atitude Profissional
Profissionais						
Profissional 1			X		Quase nunca é adequada	Comunica ao gestor
Profissional 2			X		Quase nunca	Faz contato direto com gerente da unidade
Profissional 3			X		Quase nunca	Faz contato direto com gerente da unidade
Profissional 4			X		Quase nunca	Usa o conhecimento pessoal
Profissional 5				X	Nunca	Aguarda providências do gestor

QUADRO 6: SISTEMA RCR - ADEQUAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA E ATITUDE DO PROFISSIONAL, 2008

- **Acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos encaminhados para a média e alta complexidade**

O quadro 7 demonstra que todos os profissionais (100%) apontam que a principal forma de acompanhamento é através da visita domiciliar dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS); as outras formas mais comuns são: relato pelos próprios pacientes; busca ativa pelos ACS; acompanhamento paralelo exclusivamente pelas orientações dadas pelos especialistas, sem, entretanto haver contato com os mesmos ou através de contra-referência; agendamento de retorno e lista para ser entregue aos especialistas para conhecimento posterior.

Categorias	Prof. 1	Prof. 2	Prof. 3	Prof. 4	Prof. 5
Visita Domiciliar dos ACS	X	X	X	X	X
Através do relato do Próprio paciente	X	X	X		
Agendamento para retorno					X
Busca ativa feita pelos ACS		X	X	X	
Acompanhamento em paralelo pelas orientações do especialista sem contato direto com o mesmo	X		X	X	
Faz uma lista do que quer saber e depois cobra do paciente					X
Pela contra-referência					

QUADRO 7: COMO SÃO ACOMPANHADOS PELA EQUIPE OS PACIENTES ENCAMINHADOS PARA MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, 2008

Pelo quadro acima fica confirmado a ausência da contra-referência como prática de continuidade do cuidado; também se observa, pelo fato de não ter sido citada, que a visita domiciliar do profissional médico, num primeiro momento, ainda não faz parte da rotina de acompanhamento dos egressos da alta complexidade, assim como sua ida às unidades terciárias como forma de obter informações e aprofundamento do cuidado e do vínculo com os usuários e suas famílias.

Este resultado da pesquisa mostra que as determinações da NOAS SUS 2001/2002, que fixou a VD, a busca ativa e o acompanhamento longitudinal dos usuários portadores dessas patologias como sendo uma das prerrogativas da APS.

No sentido do aprimoramento do cuidado desses pacientes faz-se necessário um monitoramento dos gestores para corrigirem estas lacunas deixadas pela formação e capacitação dos profissionais.

5.2 ENTREVISTA COM OS GERENTES DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA AP 5.2

Nesta parte da pesquisa foram entrevistados os quatro gerentes das Unidades de Referência da área: Centro de Saúde Ilha de Guaratiba; Centro de Saúde Pedra de Guaratiba; Hospital Rocha Faria e Centro de Saúde Belisário Penna.

- **Perfil dos gerentes das Unidades de Referência**

Quanto ao perfil dos gerentes, o quadro 8 mostra que em relação ao tempo no exercício da função 01 gerente (25%) está há 08 meses; 01 (25%) há 1,7 anos; 01 (25%) há 02 anos e 01 (25%) há 14 anos, sendo que a média do tempo de ocupação na função foi de 6,42 anos. Entretanto, se excluirmos o entrevistado com 14 anos no cargo, os demais perfazem a média de 1,5 anos na função.

Quanto ao treinamento para exercer a função, 03 gerentes (75%) têm formação específica, sendo dois com menos de 02 anos de ocupação e outro com 14 anos. Este fato pode sinalizar que não haja um desconhecimento da tarefa a ser cumprida, portanto, pressupõe-se que as atividades a serem desenvolvidas em suas unidades possam ser otimizadas ao máximo.

Em relação ao tipo de vínculo, 03 gerentes (75%) são funcionários de carreira do município e 01 (25%) funcionário de carreira do estado, ou seja, todos são funcionários públicos (100%), o que pressupõe que estejam mais empenhados no exercício das suas funções.

No que diz respeito às especialidades originais todas estão ligadas à área da saúde com treinamento específico, sendo apenas um com treinamento em serviço, o que também pressupõe melhor adequação à função.

Entre os gerentes entrevistados 03 (75%) são do sexo feminino, sendo a média do tempo de formação de 19,7 anos, a idade média de 48 anos e a média de trabalho no SUS de 17,5 anos. Estes dados sugerem uma vivência maior em Saúde Pública e uma presença, cada vez maior, das mulheres nas atividades de gerenciamento.

Variáveis Gerentes	Tempo de trabalho	Treinamento	Vínculo	Especialidade de Origem	Tempo de formatura	Idade	Trabalho SUS	Sexo
Gerente 1 I.G	1a e 7m	Sim	Estatutário Municipal	Odontólogo	10a	40a	6a	M
Gerente 2 P.G	14a	Sim	Estatutário Municipal	Médica	23a	48a	20a	F
Gerente 3 HRF	0,8m	Sim	Estatutário Municipal	Médica	23a	51a	20a	F
Gerente 4 CMS BE.PE	2a	Não	Estatutário Estadual	Enfermeira	23a	53a	23a	F

QUADRO 8: PERFIL DOS GERENTES DAS REFERÊNCIAS DA AP 5.2, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

- **Oferta das Unidades de Referência para consultas e exames especializados na AP 5.2**

As consultas e exames especializados indicados pelos gerentes das unidades de referência da área totalizam 27, sendo 10 consultas e 17 exames:

- 1) 10 Consultas: cardiologia, oftalmologia, endocrinologia, nutricionista, fisioterapia, fisiatria, neurologia, cirurgia vascular, nefrologia, psicologia.
- 2) 17 Exames: eletrocardiograma, ecocardiograma Rx simples de tórax, ergometria, cintilografia, glicemia de jejum, glicemia capilar, curva glicêmica, hemoglobina glicosilada, perfil lipídico, TSH, ecodoppler de carótidas vertebrais e de membros inferiores, microalbuminúria, clearance de creatinina proteinúria de 24 horas e patologia clínica. O quadro 9 mostra, segundo os gerentes, a disponibilidade dessas consultas e exames ofertados pelas unidades.

Categorias Gerentes	Nº Consultas Especializadas	Nº Exames Especializados	Oferta disponível	Oferta indisponível
Gerente 1 I.G	02 consultas	07 exames	09	18
Gerente 2 P.G	03 consultas	10 exames	13	14
Gerente 3 HRF	Unidade de Emergência/demanda livre	Não tem demanda programada para o PSF	0	0
Gerente 4 CMS BE.PE	07 consultas	10 exames	17	10
Total	12 consultas (14,8%)	27 exames (33,3%)	39 ofertas disponíveis (48,1%)	42 indisponíveis (51,8%)

QUADRO 9: SISTEMA RCR - ORGANIZAÇÃO E REGULAÇÃO DA REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Cada unidade de referência da área oferta, de acordo com as informações dos seus gerentes 10 tipos de consultas e 17 exames especializados. O Hospital Rocha Faria como é uma unidade de emergência não oferta consultas e exames para a área.

Em relação às consultas, a unidade IG (Ilha de Guaratiba) oferta 02 consultas, não disponibilizando, portanto, 08 consultas especializadas. Quanto aos exames esta unidade oferece 08 exames, deixando de ofertar 09 exames especializados. A unidade PG (Posto de Guaratiba) oferta 03 consultas deixando de ofertar 07 tipos de consultas especializadas em relação aos exames disponibiliza 10 deixando de ofertar 07 exames especializados. A unidade (BE.PE) CMS Belisário Penna oferta 07 consultas não disponibilizando, portanto, 03 tipos de consultas especializadas. Quanto aos exames oferta 10 exames deixando de ofertar 07 tipos de exames especializados.

Conforme apresentado no quadro 9, a área tem um déficit de oferta de consultas e exames, sugerindo que estas necessidades de diagnóstico e acompanhamento dos usuários diabéticos e hipertensos estejam sendo encaminhadas para outras áreas, o que se coloca como entrave para a continuidade de cuidados.

- **Planejamento da oferta de consultas e exames especializados na AP 5.2**

Para o levantamento de dados sobre os itens relacionados à existência de planejamento de ofertas de consultas e exames para a área estudada, o questionário utilizado constou de três questões abertas e duas fechadas, sendo que para as abertas, de acordo com a metodologia adotada, foram selecionadas categorias extraídas das falas dos gerentes.

Quanto aos critérios para o dimensionamento da oferta (QUADRO 10), segundo 02 gerentes (50%) os critérios são baseados no perfil da demanda, 01 (25%) toma como base o número de atendimentos feitos na unidade e também de acordo com os especialistas que a mesma dispõe. Em relação ao HRF, por ser uma unidade de emergência, não oferta nem consultas nem exames especializados. Esta unidade, segundo sua diretora técnica, tem um perfil de emergência e assim vai mantê-lo.

O que chama atenção é a inexistência nas unidades de referência de uma priorização (atendimento diferenciado) para o atendimento dos usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Excetuando-se a unidade de emergência, por suas características e por ser de domínio estadual, as três unidades (75%) deveriam ter as vagas reguladas pela Central Reguladora (CR), o que provavelmente, otimizaria o serviço, com uma programação prévia específica para DM e HA e a oferta de vagas distribuídas mais equitativamente entre as unidades de saúde.

Categorias Gerentes	Critérios para o dimensionamento da oferta	Existe regulação externa		Órgão regulador	Tipos de regulação	Grau de autonomia
		Sim	Não			
Gerente 1 I.G	Perfil da demanda	X		CR/CAP 5.2	Pelos critérios da CR.	Ampla
Gerente 2 P.G	Perfil da demanda	X		CR/CAP 5.2	Pelos critérios da CR.	Ampla
Gerente 3 HRF	Unidade de emergência, tem porta aberta para demanda		X	Demanda livre, porta aberta	Atendimentos emergenciais	Ampla
Gerente 4 CMSBE.PE	De acordo com o número de atendimentos e dos especialistas disponíveis		X	A própria unidade e com o próprio usuário	Pelos critérios da CR, pelo nº de atendimentos e pelo nº de especialistas	Ampla

QUADRO 10: SISTEMA RCR - CRITÉRIOS PARA O DIMENSIONAMENTO, REGULAÇÃO EXTERNA, ÓRGÃO REGULADOR, TIPOS DE REGULAÇÃO E GRAU DE AUTONOMIA DA UNIDADE, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Ao questionarmos se havia **regulação** (QUADRO 10), 02 **gerentes** (50%) disseram sim e 02 (50%) disseram não, sendo que os dois que disseram sim afirmaram ser a Central de Regulação da CAP 5.2 a responsável pela mesma, que através de critérios próprios determina o tipo de regulação e o que disse não, relatou que a regulação é feita pela própria unidade e diretamente com os pacientes.

Este resultado parece indicar que a regulação está inadequada, pois, ao se permitir a negociação direta com o paciente, na verdade está se perpetuando a demanda livre, abrindo mão de um agendamento que está difícil de ser aceito por uma população acostumada “aos estados emergenciais de saúde”; não se está priorizando o planejamento; a distribuição racional de vagas, que são poucas para a demanda existente, prejudicando, dessa maneira, o equilíbrio distributivo entre as

unidades.

Em relação ao grau de autonomia das unidades (QUADRO 10) para administrar a oferta de consultas e exames especializados todos os 04 gerentes (100%), responderam terem autonomia ampla, o que de acordo com a resposta anterior parece ser uma desvantagem para o sistema, pois não é seguido um padrão uniforme de regulação e isto implica em um desperdício de vagas, prejudicando a distribuição proporcional das mesmas entre as unidades.

Quanto à **reserva de vagas** para consultas e exames especializados (QUADRO 16) 02 (50%) **gerentes** disseram que existe reserva de vagas (contrato formal) entre a SMS e a Unidade de Referência. Em relação à marcação de consultas e exames, 03 (75%) disseram ser a CR a responsável. Quanto às mudanças ocorridas 03 (75%) dos entrevistados disseram que foram devidas: a inauguração do H. AC, a inauguração de um centro de imagens e uma nova maternidade, a contratação de mais especialistas e o aumento da oferta pelo PAM-COMARI. E quanto à participação do Conselho de Saúde, 03 (75%) disseram haver participação efetiva do conselho.

Em relação aos dados anteriores, os médicos não conhecem a reserva de vagas, o mesmo ocorrendo com 50% dos gestores e gerentes, quanto à existência de vagas programadas para diabéticos e hipertensos, existindo, portanto, um desconhecimento importante entre as partes envolvidas quanto a ações específicas para os usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

- **Principais problemas relacionados à oferta**

Em relação aos principais problemas relacionados à oferta de serviços na área estudada (QUADRO 11) foram extraídas as seguintes categorias, por ordem de citação: acesso (100%), pois nem todas as referências estão situadas na área de abrangência; falta de critérios de alguns profissionais da ponta, que não utilizam os protocolos (100%); o rodízio muito grande de profissionais e a falta de especialistas, também citados por todos os entrevistados (100%).

Estes dados apontam para algumas dificuldades em relação à oferta de consultas e exames especializados, que devem ser levados em consideração pelos gestores: as distâncias para as referências especializadas que ficam fora da área de abrangência (dificuldade de acesso); a não utilização regular dos protocolos, o que dificulta a realização da contra-referência pelos especialistas; o intenso rodízio dos

profissionais médicos da ponta do serviço e a falta de especialistas para a área programática, que são questões desafiadoras para gestão de redes de serviços, pois perpassam diversas competências.

Categoria Gerentes	Problema para regulação	Problema para regulação	Problema para regulação	A oferta contempla a demanda		Controle de fila de espera	
						Sim	Não
				Sim	Não		
Gerente 1 I.G	Acesso	Profissionais da ponta não usam protocolos	Falta de especialistas	X		X	
Gerente 2 P.G	Acesso	Não uso de protocolos e rodízio de profissionais	Falta de especialistas	X			X
Gerente 3 HRF	Acesso	Não uso de protocolos	Falta de especialistas		X		X
Gerente 4 CMS BE.PE	Acesso	Não uso de protocolos	Falta de especialistas		X		X

QUADRO 11: SISTEMA RCR – PRINCIPAIS PROBLEMAS PARA ORGANIZAÇÃO DE CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

De acordo com o quadro 11, para 02 gerentes (50%) a oferta contempla a demanda, significando que 50% das consultas e exames especializados não dão conta da demanda, afetando diretamente grande parte dos usuários do sistema, que deixam de ser atendidos, aumentando a fila de espera que são controladas por apenas por 01 (25%) dos gerentes. Este fato acarreta o agravamento das condições de saúde desses usuários, principalmente no que se refere às condições crônicas, como os diabéticos e hipertensos, podendo levá-los mais rapidamente para o atendimento na alta complexidade, o que significa maiores custos para o sistema de saúde.

A falta de priorização das consultas e exames para estes portadores significa, em primeira instância, uma falha importante no sistema de atendimento aos usuários destas patologias, que reconhecidamente têm um caráter progressivo/degenerativo e tudo que possa ser feito em termos de gestão para minimizar as instalações precoces das complicações e das insuficiências refletirão na qualidade de vida (não basta manter a vida; tem-se de manter a qualidade de vida).

Neste sentido, a gestão deve monitorar adequadamente a fila de espera para que o tempo médio de espera por consultas e exames especializados não

ultrapasse o limite do aceitável, sendo que o ideal é que não exista fila de espera para estes pacientes, pois fica difícil definir tecnicamente qual é o limite do aceitável.

- **Tipos de consultas especializadas com maior tempo médio de espera**

Quanto às consultas especializadas, o QUADRO 12 mostra que os três tipos de consultas especializadas que apresentam maior tempo médio de espera, segundo a ordem sugerida pelos gerentes, são: cardiologia, endocrinologia e neurologia, seguindo-se oftalmologia, cirurgia vascular, nutricionista e psicologia.

Categoria Gerentes	Consulta Especializada	Consulta Especializada	Consulta Especializada
Gerente 1 I.G	Cardiologia	Endocrinologia	Oftalmologia
Gerente 2 P.G	Neurologia	Cardiologia	Nutrição
Gerente 3 HRF	Endocrinologia	Cirurgia Vascular	Psicologia
Gerente 4 CMS BE.PE	Cardiologia	Endocrinologia	Neurologia

QUADRO 12: SISTEMA RCR – CONSULTAS ESPECIALIZADAS COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Ao analisarmos as especialidades apontadas, além dos três tipos solicitados pela pesquisa como as de maior tempo médio de espera, verificamos que 100% delas, todas sem exceção, estão diretamente ligadas ao que se entende por “um bom controle” ou por “um controle adequado” do diabetes mellitus e da hipertensão arterial. A demora da consulta especializada traduz-se em um controle inadequado, ao agravamento das cardiopatias, das retinopatias, da doença cerebrovascular, da insuficiência renal, das amputações de MMII, etc., ocorrendo o inverso do que se preconiza, do que se espera para o manejo desses usuários portadores dessas patologias, que é “o chegar antes” dos eventos desfavoráveis.

- **Exames especializados com maior tempo médio de espera**

De acordo com os entrevistados os três tipos de exames especializados que apresentam maior tempo médio de espera são: ecodoppler, ressonância nuclear magnética (RNM) e eletrocardiograma (ECG) com laudo, seguindo-se tomografia axial computadorizada (TAC), ultrassonografia (US), dosagem hormonal, ergometria, e cateterismo.

Categoria Gerente	Exame Especializado	Exame Especializado	Exame Especializado
Gerente 1 I.G	Ecoddopler	ECG c/laudo	TAC
Gerente 2 P.G	ECG c/laudo	Ergometria	RNM
Gerente 3 HRF	RNM	Ecoddopler	Dosagens hormonais
Gerente 4 CMS BE.PE	Cateterismo	US	Ecoddopler

QUADRO 13: SISTEMA RCR – EXAMES ESPECIALIZADOS COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

A análise deste questionamento aponta para alguns exames de alta complexidade que demandam maiores custos e que, muitas vezes, estão direcionados para pacientes já sequelados, fugindo, portanto, do que se preconiza para o controle adequado do diabetes mellitus e da hipertensão arterial, que é a prevenção ou o retardo por um prazo máximo possível de instalação das lesões em órgãos alvos. A OMS (1997), citada por (DUNCAN, 2004), estimou que após 15 anos de doença 2% dos indivíduos estarão cegos, 10% terão deficiência visual grave e que neste mesmo período de doença 30 à 45% terão algum tipo de retinopatia, 10 à 20% de nefropatia, 20 à 35% de neuropatia e 10 à 25% de doença cardiovascular.

Outro dado apontado pelo mesmo autor é que de 2,5 a 15% dos gastos nacionais dos países com saúde estarão voltados para o enfrentamento destas patologias e seu controle adequado vai depender da prevalência local e da complexidade do tratamento disponível (aqui se inclui além da atenção primária as especialidades), o que aponta para um gasto racional de recursos, a definição de um elenco prioritário de exames onde certamente não se deverão preterir os exames de baixa e média complexidade, que têm menores custos e atingirão a um maior número de indivíduos, privilegiando-se a coletividade em detrimento ao individual e onde os exames de alta complexidade também devam ser ofertados, só que mediante critérios rigorosos de gestão clínica o que possibilita uma maior racionalização dos recursos.

- **Medidas em andamento para solucionar o tempo médio de espera**

Quanto às medidas que estão sendo implementadas, os entrevistados, de acordo com as categorias identificadas das suas falas, citaram as seguintes: agendamento on-line pelo Sistema de Regulação do SUS (SISREG); oferta de mais vagas pela CAP 5.2; melhor regulação; resolução dos casos mais urgentes por contato pessoal; a entrada em funcionamento do H.AC (Hospital de Acari) com a ampliação da oferta de vagas e o PAM COMARI, que também aumentou a oferta de vagas.

Categorias Gerentes	Agendamento on-line pelo SISREG	Aumento da oferta pela CR	Melhorar a regulação	Contato pessoal para casos mais urgentes	Hospital de Acari mais ofertas	PAM. COMARI mais ofertas
Gerente 1 I.G	X	X			X	X
Gerente 2 P.G	X		X	X	X	
Gerente 3 HRF	X	X			X	X
Gerente 4 CMS BE.PE	X	X		X	X	

QUADRO 14: MEDIDAS PARA SOLUCIONAR O TEMPO MÉDIO DE ESPERA, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Em relação às medidas adotadas existe um impasse identificado na fala dos gerentes: a maior e principal referência da área é o Hospital de Acari, que não está na área de abrangência e que é distante, dificultando o acesso dos pacientes, que muitas vezes não têm o dinheiro da passagem para locomoção. A distância é um fator impeditivo relevante para que se processe a continuidade de cuidados, pois não adianta ofertar consultas e exames especializados em unidades distantes da área de abrangência se os usuários não têm acesso a esses serviços.

- **A Contra-referência na AP 5.2**

Da mesma forma, na questão aberta relativa às medidas implementadas para a regularização da contra-referência foram selecionadas as categorias constantes da última coluna do QUADRO 15. Em relação à frequência do preenchimento da contra-referência, 02 (50%) gerentes responderam que os profissionais especializados sempre fazem a contra-referência e 02 (50%) quase sempre.

Categorias Gerentes	Sempre	Quase Sempre	Às vezes	Nunca	Medidas estão sendo tomadas		Quais são as medidas implementadas
					Sim	Não	
Gerente 1 I.G	X				X		Desburocratização
Gerente 2 P.G	X				X		Instalação de fax
Gerente 3 HRF		X			X		Fiscalização direta do serviço
Gerente 4 CMS BE.PE		X				X	Motivação aos profissionais

QUADRO 15: SISTEMA RCR – CONTRA-REFERÊNCIA NA AP 5.2, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Observa-se que há uma contradição entre as falas dos gerentes e a dos médicos, pois estes afirmam que quase nunca ou nunca recebem contra-referência e que por isto têm grande dificuldade para saber o que acontece durante a realização das consultas e exames especializados, o que bloqueia enormemente a continuidade de cuidados para os usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Ainda com relação ao sistema RCR, 03 gerentes (75%) responderam que estão sendo tentadas medidas para assegurar a contra-referência e apenas 01 (25%) respondeu que não, pois sua unidade tem um perfil de emergência. As medidas que estavam sendo implantadas eram: desburocratização, instalação de fax nas unidades, fiscalização direta do serviço, motivação dos profissionais a fazerem a contra referência.

As medidas citadas poderão contribuir para a melhoria do funcionamento do sistema RCR, importante para o controle satisfatório de usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial e da efetiva continuidade do cuidado.

- **Secretaria Municipal de Saúde do RJ (SMS-RJ), Unidades de Referência da AP 5.2 e a reserva de vagas para consultas e exames especializados**

De acordo com a metodologia utilizada neste trabalho para a questão aberta relativa às mudanças ocorridas para assegurar a oferta de consultas e exames especializados foram selecionadas categorias extraídas das falas dos entrevistados.

O quadro 16 mostra que 02 (50%) gerentes de unidades de referência

afirmam existir contrato formal entre a SMS-RJ e as Unidades de referência da AP 5.2, enquanto o terceiro gerente (25%) nega a existência do mesmo. Em relação à marcação de consultas e exames especializados para usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial 03 gerentes (75%) disseram que são feitas pela central de regulação e 01 gerente (25%) afirmou que não possui marcação, pois sua unidade é de emergência, embora o hospital atenda as intercorrências clínicas dos diabéticos e hipertensos.

Quanto às mudanças na oferta de consultas e exames especializados ocorridas no último ano, 03 gerentes (75%) responderam que no último ano houve ampliação da oferta de consultas e exames especializados. Estas mudanças, de acordo com os gerentes, foram devidas: ao aumento no número de equipes e de médicos; a unificação dos laboratórios; a inauguração do Hospital de Acari; a inauguração de um centro de imagens e uma nova maternidade e a contratação de mais especialistas.

Dessa maneira, segundo os entrevistados houve um aumento significativo na oferta de serviços, beneficiando, de um modo geral, os portadores de hipertensão e diabetes.

Em relação à participação do Conselho Distrital nas discussões sobre oferta de vagas para consultas e exames especializados nas Unidades de Referência da área para os usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial encaminhados pelas equipes de PSF, 03 gerentes (75%) disseram que existe discussão no Conselho e apenas o gerente (25%) da unidade de emergência preferiu não opinar.

Categorias	Existe contrato formal para assegurar nº de consultas e exames		Como são Marcadas as consultas e exames		No último ano Houve mudanças na oferta		Quais mudanças ocorreram	Existe participação do Conselho de Saúde	
	Sim	Não	Marcação Pela CR	Pelo próprio paciente	Sim	Não		Sim	Não
Gerente 1 I.G	X		X		X		Aumento no número de equipes e de médicos para as mesmas e de especialistas	X	
Gerente 2 P.G	X		X		X		Unificação dos laboratórios	X	
Gerente 3 HRF		X	X		X		Inauguração do Hospital de Acari	X	
Gerente 4 CMS BE.PE		X				X	Inauguração de um centro de imagens no HRF e uma nova maternidade		X

QUADRO 16: VAGAS PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS NA AP 5.2, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

• Os protocolos clínicos

Quanto ao uso de protocolos para consultas especializadas (QUADRO 17) segundo 02 gerentes (50%) eles são utilizados quase sempre, para 01 gerente (25%) às vezes e para o outro gerente (25%) nunca. Em relação às respostas dos entrevistados de que quase sempre os protocolos são seguidos, obtivemos as falas de que também falta qualidade aos mesmos, isto foi possível observar na fala a contragosto dos gerentes que preferiram manifestar veladamente esta opinião e que talvez este seja um fator que dificulte a realização das contra-referências por parte dos especialistas.

Categoria Gerentes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca
Gerente 1 I.G		X		
Gerente 2 P.G		X		
Gerente 3 HRF			X	
Gerente 4 CMS BE.PE				X

QUADRO 17: GESTÃO CLÍNICA - ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS ESPECIALIZADAS BASEADOS EM PROTOCOLOS NA AP 5.2, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Quanto ao uso de protocolos (QUADRO 18) pelos profissionais do PSF para encaminhamentos para exames especializados, 02 gerentes (50%) responderam que quase sempre são utilizados, 01 (25%) respondeu que às vezes e 01 (25%) não respondeu.

Estes dados parecem apontar para o uso insatisfatório de protocolo e isto implica em maiores dificuldades para realização dos exames, em transtorno para os pacientes que têm de refazer as solicitações, em atraso para uma avaliação preliminar ou de continuidade dos mesmos pelos especialistas.

O quadro 18 mostra, segundo os 03 gerentes (75%), que não existe distinção de oferta, sendo realizadas em conjunto com as demais consultas e exames. Apenas 01 (25%) não respondeu por ser gerente da unidade de emergência.

Categorias Gerentes	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Nunca	Há oferta distinta para DM e HA	
					Sim	Não
Gerente 1 I.G		X				X
Gerente 2 P.G		X				X
Gerente 3 HRF			X			X
Gerente 4 CMS BE.PE						

QUADRO 18: GESTÃO CLÍNICA - USO DE PROTOCOLOS PELAS EQUIPES DE PSF PARA EXAMES ESPECIALIZADOS, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Ao analisarmos este item nos deparamos que (75%) dos gerentes não tem programação específica (priorização) para os usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial e isto nos parece uma falha grave do sistema, quando não garante um diferencial, um quantitativo, que possa diminuir a fila de espera, que possa minimizar o tempo médio de espera e com isso agilizar a execução das referidas consultas e exames e que também temos um percentual de (25%) situando-se fora desta possível oferta, por ser uma unidade de emergência, ou seja, a pesquisa aponta para 100% de falta de programação específica (oferta distinta)

para consultas e exames especializados para os usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial.

Segundo os gerentes entrevistados as 03 especialidades (QUADRO 19) que mais tem recebido encaminhamentos fora do protocolo são: nutrição, cardiologia e neurologia, seguindo-se psicologia, psiquiatria, pneumologia e programa de tabagismo.

Categoria Gerentes	Especialidade	Especialidade	Especialidade
Gerente 1 I.G	Nutrição	Neurologia	Cardiologia
Gerente 2 P.G	Nutrição	Cardiologia	Neurologia
Gerente 3 HRF	Neurologia	Cardiologia	Nutrição
Gerente 4 CMS Belisário Penna	Psicologia, psiquiatria	Pneumologia	Programa de tabagismo

QUADRO 19: GESTÃO CLÍNICA – ESPECIALIDADES MAIS ENCAMINHADAS FORA DO PROTOCOLO, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

Ao analisarmos estes dados nos deparamos com as especialidades de nutrição, cardiologia e neurologia que estão diretamente ligadas à atenção especializada para os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial e que sua referência correta (segundo a fala dos gerentes não é o que está ocorrendo no presente momento) é o primeiro passo para que se possa obter a contra-referência e que esta tenha a qualidade requerida para que se processe adequadamente a continuidade de cuidados.

- **Recursos de comunicação e informação para RCR na AP 5.2**

Quanto aos meios de comunicação e informação utilizados pelas equipes do PSF da AP 5.2 (QUADRO 20), a guia de papel é o meio mais utilizado segundo os 04 gerentes (100%), seguindo-se do telefone, rádio e da rede de computadores, sendo a última referência a que mais chama à atenção, pois em um mundo da era da tecnologia da informação, onde a rede mundial de computadores faz a diferença, por um sem número de razões, consideramos ser um atraso a não utilização plena desta ferramenta tecnológica, que se administrado adequadamente em muito contribuiria para agilização dos serviços.

Categoria Gerentes	Guia de papel	Telefone/radio	Rede de computadores
Gerente 1 I.G	X	X	X
Gerente 2 P.G	X	X	X
Gerente 3 HRF	X	X	
Gerente 4 CMS BE.PE	X		

QUADRO 20: RECURSOS DE INFORMAÇÃO E COMUNICAÇÃO EXISTENTES NAS UNIDADES, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

- **Recursos de Logística**

Quanto ao planejamento da oferta de insumos usados em exames e procedimentos especializados (kits de exames) nas unidades de referência da área (QUADRO 21) os 04 gerentes (100%), incluindo a gerente da unidade de emergência, afirmaram existir planejamento, embora o HRF só atenda emergências, com demanda livre, não tendo programação específica para usuários portadores de diabetes e hipertensão cadastrados pelo PSF.

Em relação à falta de insumos específicos para usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial encaminhados pelo PSF, os 03 gerentes (75%) responderam que não estava havendo falta de insumos e kits para exames especializados (QUADRO 21), sendo que o gerente (25%) da unidade de emergência respondeu que sim, até porque depende de uma central de compras que é gerenciada pela SES. Também referiu possuir um fundo de emergência, mas que o mesmo tem um controle muito rigoroso de difícil operacionalização, porém salientou que as faltas são pontuais, que não há desabastecimento importante. As faltas pontuais referidas pela gerente foram: papel para ECG, fitas para glicemia capilar, kits para curva glicêmica e perfil lipídico.

Categorias Gerentes	Existe planejamento para oferta de insumos		Existe falta de insumos		Quais itens têm faltado
	Sim	Não	Sim	Não	
Gerente 1 I.G	X			X	
Gerente 2 P.G	X			X	
Gerente 3 HRF	X			X	
Gerente 4 CMS BE.PE	X		X		Papel para ECG, fitas para glicemia, kits para curva glicêmica e perfil lipídico, etc.

QUADRO 21: RECURSOS DE LOGÍSTICA DA AP 5.2, 2008

Legenda: I.G (Ilha de Guaratiba), P.G (Posto de Guaratiba), HRF (Hospital Rocha Faria) e CMS BE.PE (Centro Municipal de Saúde Belisário Penna).

5.3 ENTREVISTAS COM OS GESTORES DAS UNIDADES DE REFERÊNCIA DA AP 5.2

Em relação ao perfil dos gestores entrevistados (QUADRO 22) verificamos que 03 gestores (75%) exercem suas atividades na Coordenação da Área Programática (CAP 5.2) e 01 gestor (25%) numa Unidade Básica de Saúde, que foi convertida em Estratégia de Saúde da Família e necessitou no momento da transição de um gerenciamento diferenciado que se mantém até hoje. O tempo médio de trabalho na função é de 1,7 anos e de serviços ao SUS de 19,5 anos, 03 gestores (75%) tiveram treinamento específico para função e que um não o tem (25%); todos (100%) são funcionários de carreira do Município e suas especialidades originais são diversificadas, porém na área da saúde. O tempo médio de formação dos gestores é de 21 anos; a idade média é de 44,7 anos, sendo 02 (50%) do sexo masculino e 02 do sexo feminino (50%), fato que aponta estarem às mulheres galgando espaços importantes na gestão.

Variáveis Gestores	Tempo de trabalho no PSF (anos)	Capacitação para função		Tipo de vínculo		Especialidade de origem	Tempo de formado (anos)	Idade (anos)	Tempo de trabalho no SUS (anos)	Sexo
		Sim	Não	Estatutário	Contratado					
Gestor.1	02 a	X		X		Enfermeiro Sanitarista	25 a	47 a	24 a	M
Gestor.2	1,5 a	X		X		Cirurgião Dentista	23 a	46 a	22 a	F
Gestor.3	1,5 a	X		X		Médico	30 a	32 a	26 a	M
Gestor.4	1,7 a		X	X		Enfermeira	06 a	57 a	06 a	F
Total	1,7a						21 anos	44,7a	19,5a	

QUADRO 22: PERFIL DOS GESTORES DA AP 5.2, 2008

O perfil dos gestores acima analisado demonstra pouco tempo na gestão 1,7 anos, que pode ser compensado pelo tempo médio de atividades desenvolvidas no SUS (19,5) anos, pressupondo-se de antemão conhecimento e experiência nas atividades de saúde pública.

Outro dado revela que 03 deles (75%) tiveram treinamento específico para função e 01 deles (25%) embora não o tenha tido, referiu treinamento em serviço frequentemente. Todos (100%) são funcionários de carreira do Município,

pressupondo-se que tenham aspirações profissionais de ascensão no serviço público, objetivos a serem alcançados, etc. constituindo-se, portanto, em motivações relevantes (vínculo público) para condução adequada do serviço.

Foi possível verificar que as especialidades originais são diversificadas, porém dentro da área de saúde, o que possibilita a todos ter um horizonte alargado para saúde pública pela experiência profissional, por participação ativa em cursos e capacitações na área específica. O tempo médio de formação de 21anos os torna conhecedores da área de atuação e o fato do coordenador da CAP 5.2 ter formação de Enfermeiro Sanitarista sinalizam para a possibilidade de uma visão mais abrangente voltada para as políticas públicas de saúde.

- **Organização e regulação do sistema RCR na AP 5.2**

De acordo com o QUADRO 23, todos (100%) os gestores disseram que a oferta é planejada. Em relação à questão aberta em relação aos critérios utilizados para o dimensionamento da oferta, foram selecionadas as categorias constantes da quarta coluna do QUADRO 23.

Quanto à regulação da RCR na AP 5.2, 02 (50%) gestores disseram que os critérios utilizados são os da Portaria nº 1.101 do Ministério da Saúde (M.S. 12 de Junho, 2002) e 02 (50%) que são os da SMS e da CR da CAP 5.2. As outras formas de regulação citadas foram: perfil da demanda, nº de especialistas disponíveis e de acordo com o nº atendimentos feitos pela unidade. Tais critérios parecem estar adequados do ponto de vista administrativo.

Categoria	Oferta planejada	Oferta não planejada	Critérios para o planejamento
Gestores			
Gestor 1	X		Portarias do M.S e perfil da demanda
Gestor 2	X		Portarias do M.S e o perfil da demanda
Gestor 3	X		Critérios da SMS e de acordo com o nº de especialistas
Gestor 4	X		Critérios da CR. Da CAP 5.2 e de acordo com o nº de atendimentos feitos pela unidade

QUADRO 23: SISTEMA RCR SEGUNDO OS GESTORES DA AP 5.2, 2008

- **Conhecimento das referências pelos profissionais do PSF**

De acordo com o quadro 24, para os 04 gestores (100%) entrevistados, todos os profissionais do PSF conhecem as referências estabelecidas, como também afirmaram que existe regulação das referências para o acesso às consultas e exames especializados.

Em relação à questão aberta sobre o órgão responsável pela regulação, foram selecionadas as categorias constantes da quarta coluna do quadro 24. Segundo os 04 gestores (100%) a Central de Regulação da CAP 5.2, que tem um coordenador atuante, é o órgão principal de regulação para a área estudada. Este trabalho de regulação tem sido aprimorado em função dos esforços conjuntos do coordenador da AP.5.2 com a gestora operacional do PSF e a gerente da UBS convertida, que procuram estreitar os contatos com os gerentes das unidades de referência.

De acordo com os entrevistados todos têm consciência das dificuldades de acesso dos usuários e tentam utilizar o máximo possível as referências disponíveis para área de abrangência, incluindo contatos formais, informais e on-line que são sempre tentados. Os gestores também afirmaram que a autonomia concedida pelo coordenador atual para que todos possam agilizar o serviço é de fundamental importância para o funcionamento do sistema RCR.

Segundo a fala de um dos coordenadores:

... A alta complexidade é um nó para o sistema e que para desatá-lo será necessário um gerenciamento político ferrenho e comprometido capaz de articular os níveis de atendimento, definir as devidas competências de cada um, fazer com que os protocolos clínicos sejam seguidos; que os níveis de atenção se falem mais; que as ações de informação e comunicação sejam massificadas no sistema e que haja um monitoramento constante dos serviços.

Esta fala representa bem as dificuldades do contexto do serviço em todas as suas instâncias, estando de acordo com o que preconiza Mendes (1966) ao enfatizar “que as mudanças terão de se dar simultaneamente nos plano político, ideológico e cognitivo-tecnológico”.

Categorias Gestores	Conhecimento das referências para consultas e exames especializados		Tem regulação		Órgão regulador
	Sim	Não	Sim	Não	
Gestor 1	X		X		CR/CAP 5.2, SISREG
Gestor 2	X		X		CR/CAP 5.2, supervisão do SUS
Gestor 3	X		X		CR. Da CAP 5.2, a própria unidade, de acordo com o número de especialistas
Gestor 4	X		X		CR/CAP 5.2, a gestora da UBS convertida

QUADRO 24: SISTEMA RCR - CONHECIMENTO DAS REFERÊNCIAS PELOS PROFISSIONAIS DO PSF, 2008

- **Unidades de Referência para consultas e exames especializados na AP 5.2**

De acordo com os gestores entrevistados as referências mais utilizadas para consultas e exames especializados pelos profissionais do PSF da AP 5.2 são, pela ordem: CMS Belisário Penna; Hosp. de Acari; Laboratório de Cosmo; Pam Comari; PS. Mario Cid; Hosp. Rocha Faria; PS. Mario Vitor; P. Ilha; Prestadores Terceirizados; Policlínica de Bangu; Policlínica da Croácia; Hosp. Pedro II; Polo do Pé Diabético.

Segundo os gestores as Unidades PSF da área estudada fazem normalmente a coleta de urina e sangue da população cadastrada, incluindo os portadores de diabetes e hipertensão, que é recolhida diariamente pelo serviço de transporte da CAP 5.2 e encaminhada para as unidades de referência.

Entre as referências citadas encontra-se fora da área de abrangência o Hospital de Acari (H. AC), que oferta consultas e exames especializados para a média e alta complexidade, o que em uma primeira análise é aceitável, porém sua localização distante dificulta o acesso dos usuários por várias razões (econômicas, de locomoção, do estado de saúde, etc.), sendo um fator impeditivo que muitas vezes impossibilita o início do tratamento, o acompanhamento periódico e regular, facilitando a descontinuidade e a instalação ou agravamento das morbidades envolvidas, que fazem parte das doenças crônico-degenerativas.

Também se pode destacar que alguns exames especializados importantes para o acompanhamento dos hipertensos e diabéticos não são ofertados pelas referências, como por exemplo: cintigrafia miocárdica com e sem esforço, eco doppler de carótidas e vertebrais e de membros inferiores e microalbuminúria.

Também algumas consultas como fisiatria, cirurgia vascular e nefrologia são ofertadas com extrema dificuldade, tendo-se que recorrer às unidades fora da área. A falta dessas consultas e exames dificulta o acompanhamento e avaliações adequadas desses pacientes.

Em relação às **unidades de referência** a pesquisa enfocou **27 itens** entre **consultas e exames especializados** a serem ofertados para continuidade de cuidados de usuários diabéticos e hipertensos e solicitou aos entrevistados que informassem para quais unidades eram referenciados.

Para os **médicos** às unidades de referência (QUADRO 4) para realização de consultas e exames especializados constam de 07 unidades na área de abrangência, 01 unidade fora da área de abrangência e outras 23 citações para as quais os profissionais desconhecem as referências.

Para os **gerentes** (QUADRO 9) em conjunto suas unidades ofertam 12 consultas e 27 exames para a área de abrangência. Para os **gestores** são utilizadas as unidades municipais da área, 01 unidade estadual e várias unidades fora da área de abrangência: Hospital de Acari, Hospital da Lagoa, o pólo do pé diabético, etc.

De acordo com os dados extraídos pela pesquisa, os **médicos** referiram 07 unidades para média complexidade e que a mais importante referência para média e alta complexidade é o Hospital de Acari, que é fora da área, distante e causa muitos transtornos, além disso, os profissionais desconhecem o destino para 23 procedimentos, o que provavelmente tem implicações na continuidade do cuidado. Em relação às informações dos **gerentes e gestores** suas unidades e ações estão aquém das necessidades de saúde para quem precisa de cuidados integrais de saúde, cabendo, portanto, ações que contemplem essas demandas e cujas orientações podem ser as mesmas da OMS (2002) contidas no relatório CICC (nível macro).

Categoria Gestores	Problema 1 para regulação	Problema 2 para regulação	Problema 3 para regulação	A oferta contempla a demanda		Controle da fila de espera	
				Sim	Não	Sim	Não
Gestor 1	Falta de entendimento entre os gestores das três esferas administrativas	Não aceitação para criação de uma central de regulação	Falta de especialistas	X		X	
Gestor 2	Falta de equipamentos de informática	Não uso de protocolos e rodízio de profissionais	Falta de especialistas	X		X	
Gestor 3	Preenchimento inadequado das guias de referências	Não uso de protocolos	Falta de especialistas		X	X	
Gestor 4	Entraves burocráticos da CR.	Não uso de protocolos	Falta de especialistas		X		X

QUADRO 25: PROBLEMAS DA REGULAÇÃO DA RCR NA AP 5.2, SEGUNDO SEUS GESTORES, 2008

- **Principais problemas da regulação de vagas para consultas e exames especializados na AP5. 2**

Segundo os gestores da área os três principais problemas que dificultavam a regulação das referências para consultas e exames especializados são de acordo com as categorias extraídas das falas dos entrevistados: falta de especialistas na área, a pouca ou nenhuma utilização dos protocolos clínicos para encaminhamento, seguindo-se a falta de uma única central de regulação, maior entendimento entre os gestores da área, preenchimento inadequado das guias de referência, entraves burocráticos da C.R e a falta de equipamentos de informática, a defasagem existente entre a demanda e a capacidade de oferta dos serviços de saúde da área. Os problemas identificados representam o dia-a-dia do serviço, constituindo-se em verdadeiros desafios para gestão.

O quadro 25 mostra que para 03 gestores (75%) existe monitoramento das filas de espera. A resposta dissonante de um gestor pode ser considerada relevante, porque este trabalho é competência exclusiva do gestor. De uma forma geral a existência de filas de espera para consultas e exames especializados pode acarretar complicações para os portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, por

serem patologias crônico/degenerativas e progressivas e, portanto, não podem esperar um longo tempo para a continuidade dos cuidados.

- **Consultas e exames especializados com maior tempo médio de espera na AP 5.2**

Em relação às consultas especializadas (GRÁFICO1) que apresentavam maior tempo médio de espera, segundo os gestores da AP 5.2, são: cardiologia, endocrinologia, nefrologia, cirurgia vascular, oftalmologia e fisiatria.

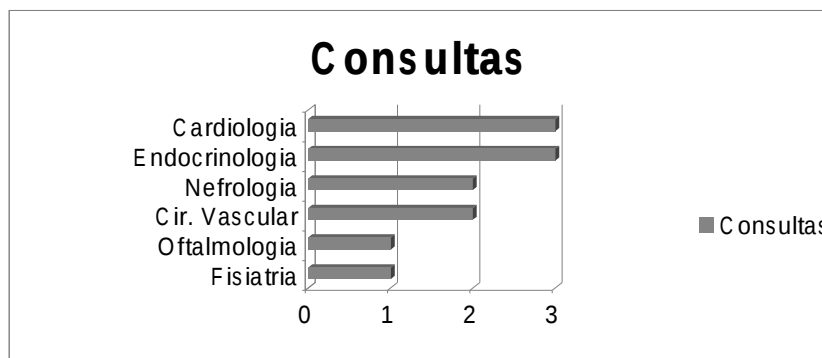


GRÁFICO 1: CONSULTAS COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA AP 5.2, SEGUNDO OS GESTORES, 2008

Legendas: cardiologia 03 indicações, endocrinologia 02 indicações, nefrologia 02 indicações, cirurgia vascular 02 indicações, oftalmologia 01 indicação e fisiatria 01 indicação.

As especialidades indicadas são extremamente relevantes, pois estão diretamente ligadas a continuidade de cuidados e, conseqüentemente, a prevenção das morbidades produzidas pelo diabetes mellitus e a hipertensão arterial e cuja otimização das ofertas devem estar sempre no foco da gestão.

Quanto aos exames especializados, segundo os entrevistados, pela ordem de dificuldade, são: ecodoppler, ecocardiograma, teste ergométrico, tomografia e ressonância nuclear magnética.

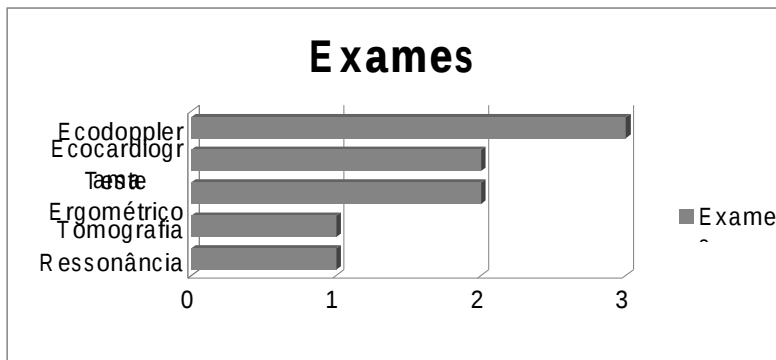


GRÁFICO 2: EXAMES COM MAIOR TEMPO MÉDIO DE ESPERA NA AP 5.2, SEGUNDO OS GESTORES, 2008

Legendas: ecodoppler 03 indicações, ecocardiograma 02 indicações, teste ergométrico 02 indicações, tomografia 01 indicação e ressonância 01 indicação.

O gráfico 2 mostra que os exames especializados com maior tempo de espera indicados pelos gestores representam uma dificuldade importante para a continuidade de cuidados dos portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial. Para os exames de alto custo, segundo os gestores, haveria necessidade de serem estabelecidos protocolos com maior rigor, com indicação clínica correta, que não sejam tão demorados ou deixem de ser ofertados para que não venham exaurir os recursos econômicos do sistema de saúde, privilegiando-se poucos em detrimento do coletivo.

Para solucionar o problema da demora de vagas para consultas e exames especializados os gestores apontaram as seguintes medidas: cobrança de mais empenho dos servidores da central de regulação da CAP 5.2 para melhorar a oferta e o fluxo dos serviços, a inclusão no Sistema de Informação de Regulação (SISREG) da rede de Hospitais Universitários; capacitação dos profissionais dentro dos módulos do PSF; melhoria dos registros nos prontuários e protocolos de encaminhamento; ampliação da oferta (que ocorreu com a inauguração do Hospital de Acari); maior entendimento entre os coordenadores de saúde da região; marcação informatizada on-line e a contratação de mais especialistas para a área de abrangência, etc.

Quanto às **medidas** que estão sendo **implementadas para diminuir o tempo médio de espera** por consultas e exames especializados, os profissionais **médicos** (QUADRO 5) referiram: o aumento no número de vagas, o aumento na oferta de serviços, a inauguração do H.AC, a implantação do cartão SUS, a maior

intermediação da central de regulação, a reforma dos hospitais e um profissional disse não saber quais as medidas que estavam sendo implementadas

Para os **gerentes** (QUADRO 14), são: agendamento on-line pelo SISREG, aumento da oferta pela CR, melhorar a regulação, contacto pessoal nos casos mais urgentes, a inauguração do H. AC e o aumento do número de vagas pelo PAM-COMARI.

Para os **gestores** foram: cobrança de mais empenho aos servidores da CR, inclusão no SISREG dos hospitais universitários, capacitação profissional dentro dos módulos de PSF, melhoria dos registros nos prontuários e protocolos de encaminhamentos, ampliação da oferta, marcação on-line e contratação de mais especialistas para área de abrangência.

De todas as medidas citadas acima, uma em especial chama atenção, é a inauguração recente do H. AC (Hospital de Acari) que se tornou a mais importante referência para média e alta complexidade da área e isto merece algumas considerações: situa-se fora da área de abrangência, é distante dificultando o acesso portanto, possibilita a descontinuidade dos cuidados, substitui inadequadamente uma referência importante da área que é o HRF (Hospital Rocha Faria) que no presente momento parece estar sub utilizado pela APS (01 citação como referência). As demais medidas relatadas são coerentes, oportunas e parecem ser consensuais.

- **A contra-referência na AP 5.2**

Em relação à questão da contra-referência na área estudada, 03 gestores (75%) entrevistados disseram que este procedimento ocorre às vezes, enquanto que para o outro gestor (25%) isto acontece quase sempre.

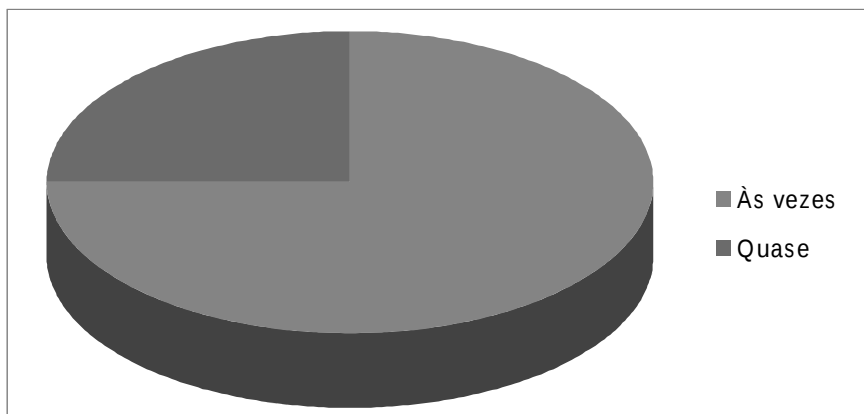


FIGURA 1: SITUAÇÃO DA CONTRA-REFERÊNCIA NA AP 5.2, SEGUNDO OS GESTORES, 2008

Sendo este percentual motivo de surpresa e preocupação, pois parece traduzir a falta de domínio da gestão sobre os profissionais especializados, por maior que seja sua qualificação, o especialista ao aceitar o trabalho proposto deve estar submetido a regras trabalhistas igual a todos os outros, ter consciência de que dentre todas as atividades por ele a serem desenvolvidas consta um item, uma tarefa de vital importância chamada contra-referência, que não tem que ser tratada como um favor ao gestor, que não necessariamente precisa ficar a mercê (refém) de sua boa vontade para fazê-la, que a contra-referência não é uma concessão especial ao colega da atenção primária ou secundária de saúde e representa acima de tudo a possibilidade de uma condução mais adequada (um diálogo técnico) por tratar-se de uma ação especializada e que precisa ter continuidade, sendo a contra-referência o instrumento adotado pelo serviço de saúde para tal e que atende a um dos princípios da CF/88 que é o princípio da integralidade (ações integrais de saúde) e para que isto ocorra todos os níveis tem de trabalhar integradamente.

Quanto a situação atual da **contra-referência** os resultados da pesquisa apontam (QUADRO 6) que para 80% dos **profissionais médicos** a contra-referência quase nunca retorna e para 20% ela nunca retorna o mesmo ocorrendo quanto a sua adequação. Em relação á atitude tomada pelo profissional, 01 comunica ao gestor, 02 fazem contato direto com gerente da unidade, 01 faz contacto pessoal com a unidade e 01 aguarda providências da gestão.

De acordo com os **gerentes** a contra-referência na AP 5.2 (QUADRO 15), para 02 (50%) é sempre realizada, enquanto que para os outros 02 (50%) quase sempre é feita. Em relação a medidas que estão sendo implementadas para que as

mesmas sejam feitas 75% disseram que existem medidas em andamento e citaram a desburocratização, a instalação de fax, a fiscalização direta do serviço e a motivação dos profissionais, como medidas em execução.

Para os **gestores** a contra-referência na AP 5.2 (FIGURA 1) 03 gestores (75%) disseram que às vezes as mesmas são realizadas, enquanto que para o outro gestor (25%) isto acontece quase sempre. E como medida em estudo, disseram: que a instalação de uma central de encaminhamentos nos módulos de PSF ajudaria muito para (agendamento on-line, verificação no uso de protocolos, adequação da referência e contra-referência, o retorno da mesma e outras ações).

Quanto aos dados acima extraídos pela pesquisa, de que a contra-referência quase nunca e nunca (médicos) retorna é reforçado pela fala dos gerentes (50%) quando disseram que ela é quase sempre feita e para corroborar (75%) dos gestores disseram que ela às vezes é feita. Estas falas parecem indicar a precariedade do sistema de referência e contra-referência. O que está em desacordo com Silva Junior (1966, *apud* SERRA, p. 19), que fala da hierarquização proposta por Dawson que pressupunha um sistema de referência a partir do nível primário, que seria a porta de entrada do sistema. Contrariando também o que determina a CF/88 quanto à existência de um sistema de referência que deverá garantir a atenção integral à saúde.

- **Gestão clínica**

Quanto ao uso de protocolos clínicos (QUADRO 26) todos os entrevistados responderam afirmativamente (100%) que o encaminhamento para consultas e exames especializados é realizado através do uso de protocolos pelos profissionais do PSF.

Os protocolos mais usados, segundo os entrevistados, são: os da central de regulação, do pólo do pé diabético, do MS, do SIAB comentado, da SMS e do GAT. Ao analisarmos as respostas obtidas elas parecem formar um consenso entre os gestores.

Categoria Gestores	Uso de protocolos para consultas especializadas		Uso de protocolos para exames especializados		Protocolos usados
	Sim	Não	Sim	Não	
Gestor 1	X		X		Protocolos da CR; MS, SMS
Gestor 2	X		X		Protocolos locais das unidades
Gestor 3	X		X		Protocolo do pé diabético, SIAB comentado
Gestor 4	X		X		Pelo GAT e pelos programas existentes

QUADRO 26: PROTOCOLOS DE ENCAMINHAMENTOS PARA CONSULTAS E EXAMES ESPECIALIZADOS UTILIZADOS NA AP 5.2, 2008

O quadro 27 mostra outros aspectos relevantes da gestão clínica: quanto ao treinamento dos profissionais do PSF no uso de protocolos, 02 gestores (50%) responderam afirmativamente e para os outros 02 (50%) não houve treinamento, o mesmo ocorrendo em relação à data da última capacitação e sobre a avaliação da mesma.

Ao analisarmos os dados, esta resposta preocupa, porque 50% dos gestores desconhecem ter havido treinamento e anteriormente todos afirmaram que os encaminhamentos são feitos baseados em protocolo, o que nos leva a uma reflexão, como são feitos esses encaminhamentos e como encaminhar adequadamente se não houve capacitação para tal, o que pode constituir-se em uma das causas das contra-referências não serem preenchidas. Como fazer funcionar o sistema se um dos pilares que é o encaminhamento baseado em protocolos não está sob o domínio total dos gestores. Ficando a idéia de que os protocolos parecem não estar sendo um instrumento válido para uso rotineiro.

Categorias Gestores	Treinamento		Data do último treinamento	Avaliação		Uso dos protocolos	Monitoramento dos encaminhamentos		Avaliação documentada	
	Sim	Não		Sim	Não		Sim	Não	Sim	Não
Gestor 1	X		2008	X		Início ruim, muitas guias devolvidas.	X			X
Gestor 2	X		2008		X	Profissionais não respeitam protocolos	X			X
Gestor 3		X		X		Guias em desacordo com protocolos		X		X
Gestor 4		X			X	Guias fora do protocolo atraso no atendimento		X		X

QUADRO 27: TREINAMENTO PARA O USO DE PROTOCOLOS NA AP 5.2, 2008

De acordo com a metodologia utilizada neste trabalho para questão aberta relativa aos resultados do uso de protocolos foram selecionadas categorias extraídas das falas dos entrevistados (QUADRO 27).

Em relação ao monitoramento dos encaminhamentos realizados, 02 gestores (50%) responderam que realizam monitoramento, enquanto os outros 02 (50%) não o fazem. O monitoramento das guias de encaminhamento permite melhorar a qualidade do preenchimento, evitando sua devolução e o não atendimento do usuário. Ainda em relação às guias de encaminhamento os gestores foram unânimes em afirmar que não existe avaliação documentada.

Em relação ao uso de **protocolos clínicos para consultas especializadas** (QUADRO 17) segundo 02 **gerentes** (50%) eles quase sempre são utilizados, para 01 gerente (25%) às vezes o são e para outro gerente (25%) nunca são usados. Quanto ao uso de **protocolos para exames especializados** (QUADRO 18) de acordo com 02 (50%) dos entrevistados quase sempre são utilizados, 01 (25%) disse que às vezes são usados e 01 (25%) não respondeu. Em relação à distinção da oferta 03 (75%) disseram não haver e 01(25%% não respondeu).

Em relação às especialidades que mais têm recebido **encaminhamentos fora dos protocolos** (QUADRO 19) os **gerentes** disseram que são: nutrição, cardiologia e neurologia.

Quanto o uso de **protocolos** (QUADRO 26) para os 04 (100%) **gestores** são sempre usados e são seguidos os recomendados pelo MS, pela SMS, pela CR, pelas unidades de referência, do SIAB comentado e do pólo do pé diabético.

Quanto ao **treinamento** no uso de protocolos na AP 5.2, (QUADRO 27) que apenas para 02 (50%) dos **gestores**, houve treinamento no uso de protocolos, o mesmo ocorrendo em relação à data da última capacitação e também sobre a avaliação da mesma. E quanto ao uso de protocolos disseram que no início eram muito ruins, muitas guias devolvidas ocorrendo atraso no atendimento e que os profissionais médicos não respeitam os protocolos. Em relação ao monitoramento dos encaminhamentos, apenas 02 (50%) gestores o fazem e todos (100%) disseram não haver avaliação documentada.

Em relação aos dados extraídos pela pesquisa, 50% dos gerentes e gestores estão em desacordo quanto ao uso dos protocolos clínicos e isto parece refletir na atuação dos médicos, que segundo dados anteriores foram criticados pelo uso inadequado dos mesmos e até pelo não uso, desta ferramenta tão importante da gestão clínica, o que certamente acarreta sérias dificuldades para o atendimento especializado dos usuários portadores de DM e HA. Quanto ao tempo médio de espera por consultas e exames especializados segundo a fala dos gerentes e gestores está muito além do desejável, implicando na instalação mais precocemente das complicações do diabetes e da hipertensão.

Quanto ao **Grupo de Apoio Técnico (GAT)** na AP 5.2 (GRÁFICO 3), 04 gestores (100%) não só afirmaram sua existência como disseram que poderia ser consultado a qualquer momento por telefone pelos profissionais do PSF. Entretanto, de forma contraditória, os gestores descreveram suas atuais características da seguinte forma: só existe um especialista; o GAT tem uma estrutura montada, mas que não pode ser seguida, por falta de outras especialidades e os enfermeiros do GAT também participam do apoio técnico. O outro apoio técnico importante é feito através do pólo do pé diabético, situado fora da área, e da avaliação comentada do SIAB, que é discutida internamente.

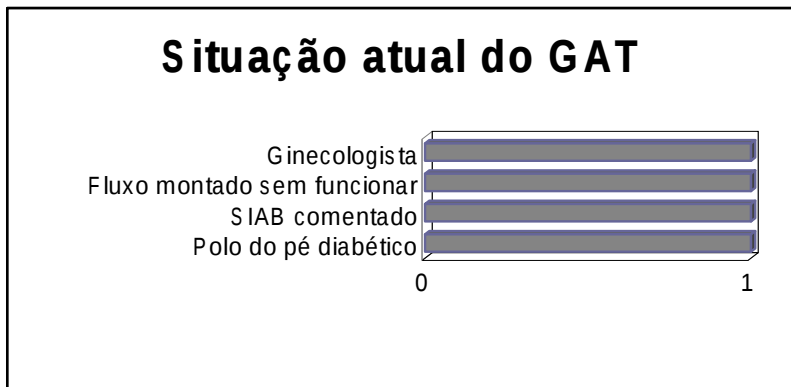


GRÁFICO 3: GRUPO DE APOIO TÉCNICO NA AP 5.2, 2008

Legendas: Ginecologista 01 indicação, fluxo montado sem funcionar 01 indicação, SIAB comentado 01 indicação e pólo do pé diabético 01 indicação.

A existência de um só especialista sinaliza que os profissionais estão sem cobertura para suprir suas necessidades técnicas em função dos inúmeros desafios que a ponta apresenta, havendo, portanto, necessidade de um apoio efetivo, de interconsultas, de educação continuada, de discussão com os especialistas para saber como agir diante de determinados casos singulares, etc. sendo, portanto o apoio do grupo técnico de fundamental importância.

- **Recursos de comunicação e informação**

Quanto aos meios de comunicação e informação, segundo os gestores entrevistados (QUADRO 28), os 04 (100%) gestores afirmaram que todas as unidades têm à sua disposição, computadores ligados em rede, computadores não ligados em rede e telefone, sendo que nenhum deles fez menção à comunicação por rádio.

A partir dessas informações é possível perceber uma estrutura de comunicação e informação que possibilita a integração entre as unidades periféricas da área, a unidade central (CAP 5.2) e até as fora da área, através da internet. Portanto, existe a possibilidade real para viabilizar os serviços de saúde da área, que passa a depender dos recursos humanos existentes e não dos meios para tal.

Categorias Gestores	Recursos disponíveis				Unidades que dispõe dos recursos
	Computador em rede	Comp. não ligado em rede	Telefone	Radio (Nextel)	
Gestor 1	X	X	X		Todas
Gestor 2	X	X	X		Todas
Gestor 3	X	X	X		Não sabia
Gestor 4	X	X	X		Todas + FAX

QUADR

O 28: RECURSOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO DISPONÍVEIS NA AP 5.2, 2008

Segundo os 04 (100%) os recursos de comunicação e informação mais utilizados para realização das referências e contra-referências (GRÁFICO 4), são, pela ordem: guia de papel, guia de papel e rede de computadores e guia de papel e telefone.

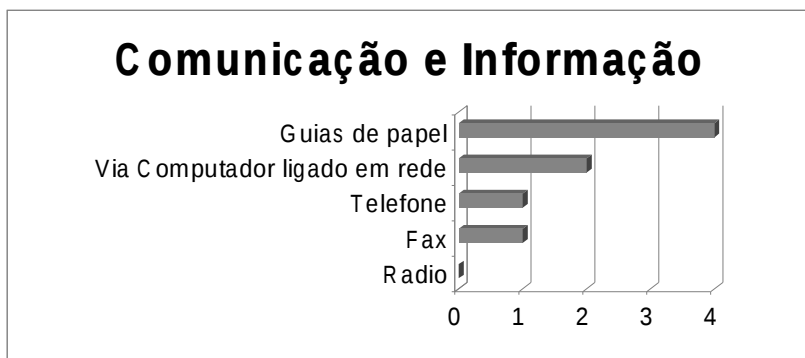


GRÁFICO 4: MEIOS DE COMUNICAÇÃO E INFORMAÇÃO PARA REFERÊNCIAS E CONTRA-REFERÊNCIAS UTILIZADOS NA AP 5.2, 2008

Legendas: guias de papel 04 indicações, via computador ligado em rede 02 indicações, telefone 01 indicação e fax 01 indicação.

O uso preponderante das guias de papel acarreta inúmeros entraves, tais como: demora na marcação das consultas e exames especializados, de um modo geral e, em particular, para os usuários portadores de diabetes e hipertensão; na contra-referência para a continuidade do cuidado e no contato mais ágil entre os profissionais da rede básica com os outros níveis de atenção, prejudicando a resolução rápida da necessidade de saúde da população assistida pela equipe PSF.

Quanto aos **recursos de comunicação e informação** para execução do sistema RCR na AP 5.2 (QUADRO 20) os 04 **gerentes** (100%) disseram ser a guia de papel o meio mais utilizado seguindo-se do telefone, rádio e da rede de computadores.

Em relação aos **recursos de comunicação e informação** disponíveis na CAP 5.2 (QUADRO 28) os 04 **gestores** afirmaram que todas as unidades têm computadores ligados em rede, computadores fora de rede e telefone.

Quanto aos **recursos** de comunicação e informação utilizados para **realização das referências e contra-referências**, os 04 entrevistados referiram pela ordem: guia de papel, computador ligado em rede, telefone e fax.

Continuando nos dados específicos da pesquisa, quanto aos recursos para informação e comunicação para execução do sistema RCR, para os **médicos** e os 04 (100%) **gerentes** a guia de papel é o meio mais utilizado, seguindo-se do telefone, radio e da rede de computadores. Enquanto para os 04 (100%) **gestores** a situação é a mesma.

Estes dados da pesquisa mostram que o **uso da guia de papel** predomina, e isto pode representar um atraso, pois em um mundo da era da tecnológica da informação, da rede mundial de computadores e da comunicação on-line, os servidores deveriam ser pró-ativos, cabendo a gestão prover os meios, os estímulos e o monitoramento.

- **Recursos de logística**

Em relação aos recursos de logística (QUADRO 29), 03 (75%) gestores disseram que fazem planejamento para a área, sendo que o outro (25%) atribui esta tarefa ao setor de logística.

Quanto ao estoque de medicamentos, insumos, kit de exames e material de escritório, 03 (75%) gestores disseram haver controle, enquanto para o outro gestor (25%) esta seria uma atribuição da logística.

Em relação a falta de algum medicamento, insumo ou kit para exames especializados. 02 (50%) gestores responderam que não existe faltas, 01 (25%) gestor disse que sim e 01 (25%) gestor que não sabia responder.

Entre os itens que faltavam por ocasião da pesquisa estavam: as medicações dos programas relacionados com o acompanhamento e controle das doenças pela equipes PSF; faltas pontuais para alguns kits de hormônios, HIV e VDRL.

Categoria Gestores	Existe planejamento		Controle: de medicamentos, insumos, kits para exames, mat. de escritório		Faltas dos itens listados		Que itens tem faltado
	Sim	Não	Sim	Não	Sim	Não	
Gestor 1	X		X			X	
Gestor 2	X		X			X	
Gestor 3		Não sabia		Não sabia	Não sabia		
Gestor 4	X		X		X		Medicamentos dos programas e kits para exames

QUADRO 29: RECURSOS DE LOGÍSTICA DA AP 5.2, 2008

A falta de medicamentos essenciais para o controle da hipertensão e diabetes leva a descontinuidade da atenção, a exacerbação ou agravamento dessas morbidades.

Em relação aos itens manutenção e calibração de equipamentos o (QUADRO 30) mostra que para 03 (75%) gestores, existe manutenção e calibração regular dos equipamentos utilizados nas USF, sendo que 01 (25%) gestor disse não saber informar.

Quanto ao abastecimento, relacionado com o transporte de medicamentos, insumos, kits para exames, material de escritório, etc., 03 (75%) gestores disseram não haver problema enquanto o outro (25%) gestor disse não saber informar.

Em relação ao tempo médio de espera do usuário entre a inscrição/cadastramento nos programas de diabetes e hipertensão (HIPERDIA) e o início do recebimento das medicações (QUADRO 31), os gestores afirmaram que é de imediato, isto é, logo após a captação, podendo ser também no momento da inscrição no programa. Somente para 02 gestores (50%) entrevistados há distinção da oferta para consultas e exames especializados para diabéticos e hipertensos.

Categoria Gestores	Manutenção dos equipamentos		Problema de abastecimento		Tempo de espera para receber os medicamentos	Oferta diferenciada para diabéticos e hipertensos	
	Sim	Não	Sim	Não		Sim	Não
Gestor 1	X			X	Imediato	X	
Gestor 2	X			X	Logo	X	
Gestor 3	X			X	No cadastramento		X
Gestor 4		X		Não sabia	Não sabia		X

QUADRO 30: RECURSOS DE LOGÍSTICA DA AP 5.2, 2008.

Quanto à questão do **tempo médio de espera** dos usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial após serem identificados e cadastrados para receberem os medicamentos é possível considerar-se satisfatório o recebimento da medicação, que é praticamente no momento da identificação dos mesmos.

Em relação à **inexistência de uma oferta diferenciada** de consultas e exames especializados para usuários portadores de diabetes mellitus e hipertensão arterial, referida por dois dos gestores entrevistados, significa que não se está priorizando uma demanda específica para duas patologias que estão apresentando caráter de verdadeiras epidemias e cujos gastos consomem muitos recursos do sistema de saúde e, portanto, precisam ser priorizados, racionalizados e planejados de forma adequada.

Quanto ao **grupo de apoio técnico (GAT)** na AP 5.2 (GRÁFICO 3), os 04 gestores (100%) não só afirmaram sua existência, como disseram que poderia ser consultado a qualquer momento por telefone pelos profissionais do PSF, porém, conta somente com um especialista em ginecologia.

De acordo com a fala dos **gestores**, da existência de um só especialista no GAT sinaliza que os profissionais estão sem cobertura para suprir suas necessidades técnicas, que devem ser complementadas por um grupo de apoio técnico, que possa cobrir no mínimo as clínicas básicas, em função dos inúmeros desafios que a ponta apresenta, havendo, portanto, necessidade de um apoio efetivo, de interconsultas, de educação continuada, de discussão com os especialistas para saber como agir diante de determinados casos que saem da rotina, etc. devendo, portanto existir mais amíúde o apoio do grupo técnico que nos parece ser de fundamental importância.

Continuando dentro dos dados específicos (**planejamento**) da pesquisa, em relação aos **recursos de logística**, os 04 (100%) **gerentes** disseram haver

planejamento para oferta de medicamentos, insumos, kits para exames e procedimentos especializados. Quanto à questão da falta dos mesmos 03 (75%) disseram não haver e 01 (25%) disse que existem, mas, que são pontuais e enumerou o papel para ECG, as fitas para glicemia capilar, os kits para curva glicêmica e para o perfil lipídico. Para os **gestores** 03 (75%) afirmaram existir planejamento, quanto à falta dos itens 02 (50%) disseram não haver, 01 (25%) disse que existem, mas, são pontuais e enumerou: medicações dos programas do MS, alguns kits de hormônios, HIV e VDRL. Quanto à manutenção e calibração de aparelhos 75% disseram que existe. Em relação ao transporte para abastecimento disseram não haver problemas e quanto à distinção da oferta 50% afirmaram sua existência.

Os dados acima extraídos pela pesquisa evidenciam a existência de planejamento por parte da gestão para área de abrangência e mesmo assim um item chama à atenção quando 01 gerente (25%) e 01 gestor (25%) relatam faltas, mesmo que pontuais, de itens que estão diretamente ligados a continuidade de cuidados para diabéticos e hipertensos (fitas para glicemia, kits para curva glicêmica, perfil lipídico, dosagens hormonais e a falta de algumas medicações dos programas do MS), diante da possibilidade de faltas, cabe a gestão um monitoramento mais acurado para minimizar estes eventuais desabastecimentos que na realidade não devem ocorrer, pois segundo o relatório CICC (OMS, 2002) o controle adequado destas patologias, vai depender da prevalência local, da complexidade do tratamento disponível, da qualidade do controle e da continuidade de cuidados.

6 CONCLUSÕES

Ao definir o tema **a busca da integralidade** (entenda-se continuidade de cuidados) para minha dissertação de mestrado, não tinha inicialmente a visão abrangente, que se foi formando ao longo da trajetória do estudo. Ao perceber a magnitude do Sistema Único de Saúde brasileiro, que é um dos mais relevantes exemplos de política pública promotora de inclusão social no mundo, que ao definir em seus pressupostos e princípios, o acesso universal dos cidadãos, a integralidade do cuidado em saúde e o controle social, fechou um ciclo de ações que não possibilita grandes mudanças. Por sua construção ter sido embasada em conhecimentos sólidos, por muitos que sabiam o que estavam dizendo e querendo para um novo modelo de saúde pública para o Brasil.

Muito já foi feito e ainda há um longo caminho a ser percorrido, espero que este trabalho, possa contribuir de alguma forma, ao identificar os entraves da gestão na AP 5.2, Zona Oeste do município do Rio de Janeiro, na 2ª RA, no bairro de Guaratiba com cerca de 100.000 habitantes, que muito se assemelha a algumas cidades brasileiras deste porte, possibilitando apontar algumas soluções exeqüíveis no nível de gestão da rede de serviços.

Este estudo focalizou a continuidade do cuidado, que tem no sistema de referência e contra-referência seu maior pilar para o acesso universal a partir da **atenção primeira a saúde** (atenção primária de saúde/atenção básica de saúde) possibilitando a equidade de distribuição desses cuidados e a resolubilidade dos serviços de saúde.

A presente pesquisa foi realizada na linha de Organização, Gestão e Avaliação de serviços e cuidados básicos de saúde, do **Mestrado Profissional de Saúde da Família da Universidade Estácio de Sá**.

Teve como objetivos específicos **identificar as referências** utilizadas pelas equipes de PSF na AP 5.2, identificar e analisar a existência de **instrumentos de regulação e gestão do sistema RCR** e identificar as **dificuldades do nível secundário** em relação ao apoio às USF.

Para consecução da mesma foram realizadas treze entrevistas através de instrumento semi-estruturado (questionário) dirigidos aos médicos (cinco médicos) que atuam na referida área, aos gerentes (quatro gerentes) das unidades de referência e aos gestores (quatro gestores) da coordenação da Área Programática

5.2 (CAP 5.2).

Na obtenção dos dados primários, buscou-se enfocar a experiência, formação e capacitação de médicos, gerentes e gestores, o planejamento, a organização dos serviços em rede, a execução do sistema RCR, os instrumentos de gestão clínica (protocolos, recursos de comunicação e informação, logística, etc.).

A análise extraída da pesquisa, evidência o **acesso** aos serviços como uma grande dificuldade existente na área, que o **vínculo** dos profissionais médicos é precário assim como a **freqüente rotatividade** na ponta do serviço, que alguns **não têm o perfil** requerido para as atividades na APS, que a **referência mais importante é fora da área de abrangência**, que a **contra-referência** é praticamente inexistente, que os **serviços secundários têm ofertas insuficientes**, mas, poderiam melhorar sua resolubilidade desde que fossem seguidos os protocolos clínicos por parte dos médicos, que o **uso de protocolos** não é uma prática habitual assim como sua adequação, o que contribui em muito para que as contra-referências não sejam realizadas, que **os gestores não monitoram adequadamente a fila de espera** o que acarreta demora excessiva para obtenção de consultas e exames especializados, que a **unidade terciária da área de abrangência (HRF)** está subutilizada pela APS, que **o sistema RCR tem regulação para a oferta** de consultas e exames especializados, porém é **deficitária** e que a central de regulação da CAP 5.2 é a principal responsável por esse controle e que a mesma tem grandes dificuldades na oferta para alta complexidade (segundo a fala de um gestor – é um nó) por que é **fora da área de abrangência** (21,8%), é distante, o que dificulta o acesso dos usuários, cabendo aqui uma ressalva, a própria localização geográfica do bairro é um fator limitante, pois está situado distante do grande centro (mais ou menos 80 km) e isto talvez seja a razão de os especialistas não quererem atuar na área, e que só em longo prazo poderá ser resolvido, com a implantação da alta complexidade ou pelo menos parte dela na área de abrangência.

Deixamos uma sugestão, que de imediato fosse dado uma maior interlocução (segundo uma fala – os gestores da área que precisam se falar mais) entre os níveis de saúde, que as unidades secundárias tivessem aumentada as suas capacidades resolutivas bem como a unidade terciária (HRF), por ter uma localização privilegiada, tivesse maior resolubilidade para o atendimento da alta complexidade, tornando-se a grande referência da área, que dentro do entendimento macro (político) fosse

municipalizada, com isso privilegiaria os usuários da área de abrangência facilitando o acesso a esses serviços especializados, evitando o deslocamento para longas distâncias.

Outro dado mostrado pela pesquisa é certa **indefinição dos níveis de atenção**, duas **unidades consideradas de nível secundário**, juntas ofertam somente cinco tipos de consultas especializadas e ao totalizarmos o conjunto de consultas e exames especializados que não é ofertado, este total sobe para 27 itens que deixam de ser feitos, o que pode ser considerado uma **oferta secundária deficitária**. Outra unidade tem uma oferta aquém de sua capacidade e a grande referência secundária da área, trabalha com capacidade semiplena, devido à **falta de especialistas** deixando de ofertar um maior número de consultas e exames especializados, que se fossem viabilizados diminuiriam a ida e até mesmo o não ir pelos usuários, a alguns lugares distantes que por si só impedem o acesso a esses locais.

Outra avaliação obtida pela pesquisa é o fato de que todas as unidades possuem computadores ligados em rede, não ligados em rede, telefone e algumas tem fax, donde se pressupõem uma capacidade instalada adequada aos **meios de comunicação e informação**, permitindo uma interconectividade on-line e que muitos serviços (**oferta de vagas para consultas e exames especializados, guias de referências eletrônicas, guias de contra- referências eletrônicas, prontuário eletrônico, e-mail inter profissional**, etc.) possam ser viabilizados por esses meios, não se justificando o uso prioritário da guia de papel, o que pode ser considerado um atraso frente à tecnologia da informação mundialmente disponível e em uso nos dias atuais, e seu uso devem ser incentivados tornando os servidores pró-ativos, assim como ocorre cotidianamente em outras atividades relativizadas ao trabalho.

Ao apresentarmos os dados acima extraídos pela pesquisa, consideramos ter contemplado os objetivos específicos da mesma, identificado as unidades de referência da AP (5.2), abordado o planejamento e organização da rede de serviços e o sistema RCR, os instrumentos de gestão clínica e identificado as dificuldades do nível secundário para o apoio da APS.

E como destaque final, gostaria de registrar que os dados da pesquisa verificaram a priorização de **unidades de referência para fora da área de abrangência**, e que **consultas e exames especializados** apresentam um tempo

médio de espera além do que é desejável podendo ser considerados fatores de altíssima relevância, por estarem essas especialidades envolvidas diretamente com o cuidar de diabéticos e hipertensos e sua **difículdade de acesso** é um fator limitante, pois este fato ao tornar-se uma realidade, bloqueia em muito a continuidade de cuidados (**não se tem, portanto a integralidade da atenção**), permitindo a instalação mais precoce de lesões irreversíveis que tanto se quer evitar, pois **a qualidade** e a **continuidade do cuidado** são talvez as **únicas formas de controle** para o “**controle adequado**” do diabetes mellitus e da hipertensão arterial.

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, R.B. **Remission de pacientes en una unidade regional de Salud.** Colômbia: Bol.Of. Sanit. Panam. ano 99, n. 1, p. 10-24, 1985.

ANDRADE, L.O.M. *et al.* **O SUS e a Estratégia da Família.** In: CAMPOS, G.W.S; MINAYO, M. C. S; AKERMAN, M; JÚNIOR, M.D; CARVALHO, Y.M. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo – Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/Fiocruz, 2006. 802-808p.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo.** 3 ed., Lisboa: Edições 70, 2004.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** São Paulo, Revistas dos Tribunais, 1988.

BRASIL. Leis etc. **Lei n.8080 de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, Diário Oficial da União, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987, 177 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais.** Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde – SUS NOB – SUS 01/96** (publicada D.O.U de 6/11/1996). Brasília, 1997, 36 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n.1.101, de 12 de junho de 2002. **Estabelece os parâmetros de cobertura assistencial no âmbito de Sistema Único de Saúde – SUS.** Brasília, DF: Gabinete do Ministro, Poder Executivo, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 373, de 27 de fevereiro de 2002. **Regionalização da Assistência a Saúde:** aprofundando a descentralização com equidade no acesso. Norma Operacional da Assistência à Saúde: NOAS-SUS 01/02. Secretaria de Assistência à Saúde, Departamento de Descentralização da Gestão de Assistência, Poder Executivo, 2. ed. Rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Reorganizando o SUS no Município do Rio de Janeiro:** 4 Seminário da Região Metropolitana I, Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº382, de 10 de março de 2005,** Divulga o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** PNASS, Série PACTOS pela Saúde. v 4. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde:** saúde da família/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 72p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRAVO, A.L. **Regionalizacion:** organizacion y funcionamiento coordinado de los servicios de salud en zonas rurales y urbanus. _____ Bol. Of. Sanit. Panam .v. 77, n. 3, p. 46-231, 1974.

BERTRAND, D. Lord. **Interin Report on the Future Provisions of Medical. and Allied Services.** United Kingdom Ministry of Health. Consultative Council on Medical Allied Services. London: Her MaJesty's Stationery Offices, 1920.

BARRENECHEA, J.J. & URIBE,E.T., **Salud para todos em el año 2000. Implicaciones para la planificació y admnistración de los sistemas de salud.** Medellín: Universidade de Antioquia, Organização Pan-americana de Saúde. 1987, p.76.

CASTRO, C. M. **A prática da pesquisa.** 2 ed., São Paulo: Pearson Prendice Hall, 2006.

CUTAIT, R. **Em busca de uma melhor gestão.** Folha de São Paulo, 10 de janeiro, p. A3, 2006.

CORDEIRO, H. **O PSF como estratégia de mudança do modelo assistencial do SUS:** In: Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Saúde da Família, ano 1, n. 1, Brasília, p.10-5, 1996.

CASTELLS, Manuel. **A sociedade em rede.** 10 ed., São Paulo: Paz e Terra, 2007.

CECÍLIO, L. C. de O. A avaliação da qualidade e a gestão descentralizada em uma rede básica de saúde: a Secretaria Municipal de Saúde de Piracicaba. In: CECILIO, L. C. de O. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde.** São Paulo: HUCITEC, p. 161-185, 1994.

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

DUNCAN, B.B.; SCHMIDT,M.I.; GUGLIANI,E,R. **Medicina ambulatorial familiar & primária.** 3 ed., Porto Alegre, Artemed, 2004, 1600 p.

FADUL W. **Minha Política Nacional de Saúde.** Saúde em Debate nº 7/6: 67-76, abr./jun., Rio de Janeiro, 1978.

FLEURY, S; OOVERNEY, A.M. **Gestão de redes** – a estratégia de regionalização da política de saúde. FGV: Rio de Janeiro, 2007.

IBAÑEZ, N. et al. Cadernos de Atenção Básica, **Programa de Expansão e Consolidação da Saúde da Família**, São Paulo, 2006 p. 62.

LEVCOVITZ, E & GARRIDO, NG. **Saúde da Família: a procura de um modelo anunciado**. Cadernos de Saúde da Família, n. 1.3-9, Rio de Janeiro, 1996.

LAVOR, A. C.H.; M. C. Lavor & I. C. Lavor. **Agente comunitário de saúde**. Um novo profissional para novas necessidades de saúde. Saname. Revista de Políticas Públicas, ano V, vol. 1, pp. 121-8, Rio de Janeiro, 2004.

MENDES, E.V. **Uma agenda para saúde**. São Paulo: Ed. Hucitec, 1966. 300 p.

MINAYO, M.C.S., **O Desafio do Conhecimento**. São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1996. 60 p.

OLIVEIRA, J. S.; TEIXEIRA, S.M.F. (Im) Previdência Social, 60 anos de **história da Previdência no Brasil**. Petrópolis: VOZES, 1989.

PAIM, J.S. **A Reforma Sanitária e a Municipalização**. Saúde e Soc. São Paulo 1 (2): 29-48, 1992.

PAIM, J.S. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E.V. (org.) Distrito Sanitário: **o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo – Rio de Janeiro: Ed. Hucitec/ABRASCO, 1993. 187-220p.

PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. **Pesquisa exploratória**: procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA, São Paulo, v.4, n.29, 1995. 25 p.

SAMPAIO, L.F.R; LIMA, P.G.A. **História do PSF no país e no RS** - Edições de páginas - Saúde da Família. Disponível em: <www.saudedafamilia.rs.gov.br/v1/coteúdo/index.php?p=p>; Acessado em: 08 de janeiro de 2004.

SILVA Jr, A. G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 1998.

SERRA, CG. e RODRIGUES, PHA. **Estratégias de Saúde da Família e o sistema de referência e contra-referência** (Relatório de Pesquisa). Rio de Janeiro: Mestrado Profissional em Saúde da Família, Universidade Estácio de Sá, 2007.

SERRA, C.G. **Garantia de acesso à atenção básica e continuidade de cuidados como estratégias para consolidação da integralidade no SUS: uma análise sobre os processos de implantação do PSF, construção de sistemas de referência e regionalização assistencial no Estado do Rio de Janeiro**. 2003. 204 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina social da Universidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2003.

SERRA, J. **Ampliar o possível, a política de saúde no Brasil**. São Paulo, Hucitec, 2000.

SERRA, J. **Gente que cuida de gente**. Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília, v.1, nº 3, p.3, dez 2000.

SOUZA, J. A. H. **O modelo PIASS, Sua Programação e Sua Evolução para o Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde**. In: **Conferência Nacional de Saúde 7; 1980, Brasília**. Anais... Brasília: M. S, 1980.

TOBAR, F; YALOUR, M.R. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas, Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2001. 69 p.

VIANA, A. L. D.; DAL POZ, M. R. A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, n.15 (Suplemento). Rio de Janeiro: IMS/UERJ, 2005, p.225- 264.

Fontes documentais

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Brasília: SENADO FEDERAL, 1988.

_____. **Lei 8080 de 19 de setembro de 1990**.

_____. **Lei 8142 de 28 de setembro de 1990**.

BRASIL, Ministério da Saúde. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB SUS 01/1993. **Portaria MS n. 545, de 20 de maio de 1993. D.O.U, 24 de maio de 1993**. Brasília, 1993.

_____. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96. **Portaria MS n. 2203, D.O.U de 06 de novembro de 1996**. Brasília: M. S, 1997.

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO (CREMERJ). Seminário de Saúde Pública no Rio: Obstáculos e Soluções. **Relatório Final**. Rio de Janeiro: CREMERJ, 31 de agosto de 2001.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Subsecretaria de Planejamento e Desenvolvimento. **Plano Diretor de Regionalização 2001/2004**. Rio de Janeiro, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Conferência Nacional de Saúde 7, 1980, Brasília. **Anais...** Brasília. Painel: Modelos de serviços básicos de saúde e a sua articulação com os demais níveis de atendimento. Brasília, 1980.

_____. Conferência Nacional de Saúde 8, 1986, Brasília. **Anais...** Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p. 92 – 239

_____. Conferência Nacional de Saúde 10, 1996, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, set., 1996.

_____. **Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial.** Brasília, 1997.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família.** Brasília, 2001.

OMS. Atención primaria de salud. **Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud.** Alma Ata. URSS. Ginebra: OMS, 6-12 de septiembre de 1978.

ANEXO 1: ENTREVISTAS

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos
cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família no bairro de
Guaratiba no Município do Rio de Janeiro

ENTREVISTA COM MÉDICO DO PSF1

Local (Município)

1) Identificação:

Nome do entrevistado:	
USF:	
Tempo de trabalho na USF: _____ anos	Tempo de trabalho no SUS: _____ anos
Houve treinamento específico para a função?	() Sim () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim () não;
Especialidade original	
Tempo de formado	
Idade:	Sexo: Masculino () Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) Organização e regulação de referência e contra-referência:

2.1 Ao ingressar no PSF, recebeu algum tipo de capacitação relativa ao sistema de referência e contra-referência? () Sim () não.

2.2 Você tem conhecimento das referências estabelecidas para o PSF, especificamente para pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados? () Sim () não.

2.3 Quais são os três tipos de encaminhamentos para consultas especializadas para pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados que apresentam maior tempo médio de espera?

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

1

Siglas utilizadas: RCR - referência e contra-referência; SF – Saúde da Família; USF – unidade de saúde da família.

2.4 Quais são os três tipos de encaminhamentos para exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nesta Unidade PSF que apresentam maior tempo médio de espera?

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

2.5 Aponte os três principais problemas que você encontra com relação aos encaminhamentos para consultas e exames?

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

2.6 Quais são as unidades de referência para as seguintes consultas e exames especializados para os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nesta Unidade PSF? Especifique a unidade por tipo de encaminhamento.

Consulta/exame	Unidade
Cardiologista	
ECG	
RX Simples de Tórax	
Ecocardiograma	
Ergometria	
Cintigrafia miocárdica com e sem esforço	
Oftalmologista	
Endocrinologista	
Glicemia de jejum	
Glicemia capilar	
Hb Glicosilada	
Curva glicêmica	
Perfil lipídico	
TSH	
Nutricionista	
Fisioterapeuta	
Fisiatra	
Educador físico	
Neurologista	
Cirurgia vascular	
Ecodoppler de carótidas e vertebrais	
Ecodoppler arterial de MMII	
Nefrologia	
Microalbuminúria	
Clearence de creatinina	
Proteinúria de 24h	
Psicologia	
Patologia clínica	

2.7 Você tem conhecimento de medidas que estão sendo tomadas para solucionar o problema do tempo de espera?

2.8 Os profissionais responsáveis pelas consultas especializadas fazem contra-referência? () Sempre; () quase sempre; () quase nunca; () nunca.

2.9 Caso positivo (sempre ou quase sempre), com que frequência o conteúdo da conta referencia é adequado como orientação para a continuidade dos cuidados?

() Sempre; () quase sempre; () quase nunca; () nunca.

2.10 Quando há problemas relativos ao sistema de referência e contra-referência em relação aos pacientes hipertensos e diabéticos, qual é sua atitude diante dos mesmos?

() comunica o problema ao gestor do PSF;

() procura contato direto com o gestor da unidade de referência;

() procura resolver o problema através de conhecimento pessoal;

() aguarda providências superiores.

2.11 Como a equipe faz para acompanhar os pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nesta Unidade encaminhados para média e alta complexidade?

3) Gestão clínica

3.1 O encaminhamento de pacientes hipertensos e diabéticos para consultas especializadas é feito com base em protocolos? () Sim; () não.

3.2 O encaminhamento de pacientes hipertensos e diabéticos para exames especializados é feito com base em protocolos? () Sim; () não.

3.3 Quais protocolos estão sendo utilizados para pacientes hipertensos e diabéticos?

3.4 Você participou de treinamento para o uso dos protocolos de um modo geral e especialmente em relação aos pacientes hipertensos e diabéticos? () Sim; () não.

3.5 Quando foi o último treinamento em que você participou? Data: _____ (mês/ano)

3.6 Como a ESF toma conhecimento das interações de pacientes *hipertensos e diabéticos* que não foram por ela encaminhadas? (admite mais de uma resposta)

- ☐ contra-referência;
- ☐ agente comunitário de saúde;
- ☐ membro da família;
- ☐ comunicação pelo próprio usuário;
- ☐ outro meio, especificar: _____

3.7 A USF conta com apoio técnico de equipe especializada de um modo geral e, especificamente, para acompanhamento de pacientes hipertensos e diabéticos?

- ☐ Sim; ☐ não.

3.8 Caso exista apoio técnico, seus integrantes podem ser consultados a qualquer momento por telefone? ☐ Sim; ☐ não.

3.9 Caso exista apoio técnico, descreva de forma sucinta suas principais características.

4) Recursos de Comunicação informação:

4.1 Quais são os recursos de informática e de comunicação disponíveis na USF?

- ☐ Computador ligado em rede;
- ☐ Computador **não** ligado em rede;
- ☐ Telefone;
- ☐ Rádio (ou tipo Nextel);

4.2 Quais são os meios utilizados para as referências e contra-referências de um modo geral e especificamente para pacientes hipertensos e diabéticos?

- ☐ guia em papel;
- ☐ telefone/rádio;
- ☐ guia por rede de computadores.

4.3 Qual o nível de adequação dos meios de comunicação às necessidades relativas à referência e contra-referência?

- ☐ adequado; ☐ pouco adequado; ☐ inadequado.

5. Logística

5.1 Tem havido falta de algum medicamento, insumo ou kits de exames para pacientes hipertensos e diabéticos? () Sim; () não.

5.2 Caso positivo indique a frequência com que as faltas costumam acontecer (marcar com um X):

Item	Frequentemente	Raramente	Nunca
Medicamentos			
Insumos			
Kits de exames			
Material de escritório			

5.3 Caso haja no momento falta de algum item, indique o mesmo e há quanto tempo vem faltando.

Item	Tempo

5.4 Há manutenção e calibração regular dos equipamentos utilizados nas USF? () Sim; () não.

5.5 Qual o tempo médio entre a inscrição/cadastramento de um paciente nos programas de hipertensão e diabetes e o início do recebimento dos medicamentos pelos mesmos?

() até 2 semanas; () até um mês; () entre 1 e 2 meses; () mais de 2 meses.

5.6 A oferta de consultas e exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes PSF é distinta dos outros encaminhamentos e necessidades de acompanhamento das outras patologias? () Sim; () não.

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos
cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família no bairro de
Guaratiba no Município do Rio de Janeiro

ENTREVISTA COM GERENTE DE UNIDADE DE REFERÊNCIA

Local (Município):

1) Identificação:

Nome do entrevistado:	
Unidade de Referência:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	Tempo de trabalho no SUS:
Houve treinamento específico para a função? *	() Sim ; () Não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Profissão	Tempo de formado:
Idade:	Data da entrevista:
Entrevistador:	

2) Relação entre a unidade e a SMS

2.1 A qual órgão a unidade está diretamente vinculado na estrutura da SMS?

3) Organização e regulação de referência e contra-referência (RCR):

3.1 A oferta de consultas e exames especializados em sua unidade é planejada para garantir a demanda dos pacientes hipertensos e diabéticos do PSF? () Sim () não

3.2 Quais foram os critérios utilizados para o dimensionamento (programação) da oferta de consultas e exames especializados (por ex: perfil da demanda)?

3.3 A oferta de consultas especializadas para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF em sua unidade obedece a alguma regulação externa (por algum órgão da SMS)? () Sim () não.

3.4 A oferta de exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF em sua unidade obedece a alguma regulação externa (por algum órgão da SMS)? () Sim () não.

3.5 Caso positivo, qual é o órgão responsável pela regulação?

3.6 Qual o grau autonomia da unidade para administrar a oferta de consultas e exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF? () total; () ampla; () pequena; () nenhuma.

3.7 Quais são as consultas e exames especializados ofertados por sua unidade para os pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?

Consulta/exame	Unidade
Cardiologista	
ECG	
RX Simples de Tórax	
Ecocardiograma	
Ergometria	
Cintigrafia miocárdica com e sem esforço	
Oftalmologista	
Endocrinologista	
Glicemia de jejum	
Glicemia capilar	
Hb Glicosilada	
Curva glicêmica	
Perfil lipídico	
TSH	
Nutricionista	
Fisioterapeuta	
Fisiatra	
Educador físico	
Neurologista	
Cirurgia vascular	
Ecodoppler de carótidas e vertebrais	
Ecodoppler arterial de MMII	
Nefrologia	
Microalbuminúria	
Clearence de creatinina	
Proteinúria de 24h	
Psicologia	
Patologia clínica	

3.8 Aponte os três principais problemas que dificultam a organização da oferta de consultas e exames para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?

1 _____

2 _____

3 _____

3.9 A oferta de consultas e exames especializados em sua unidade contempla a demanda para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?
() Sim; () não.

3.10 Em sua unidade há controle das filas de espera de pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF para consultas e exames especializados? () Sim; () não.

3.11 Quais são os três tipos de consultas especializadas que apresentam maior tempo médio de espera para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?

1 - _____
2 - _____
3 - _____

3.12 Quais são os três tipos de exames especializados que apresentam maior tempo médio de espera para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?

1 - _____
2 - _____
3 - _____

3.13 Que medidas estão sendo tomadas para solucionar o problema do tempo de espera para estes pacientes?

3.14 Os profissionais de sua unidade fazem contra-referência?

() Sempre; () quase sempre; () quase nunca; () nunca.

3.15 Vem sendo tentadas medidas para se assegurar a contra-referência?

() Sim; () não.

3.16 Caso positivo, quais?

3.17 Há contrato formal entre a SMS e sua unidade no sentido de se assegurar o cumprimento do número de consultas e exames a serem ofertados para os pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF? () Sim () não

3.18 Como são marcados os exames e consultas especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF?

() A marcação é feita através de uma central de marcação;

() A marcação é feita pelo próprio paciente junto à sua unidade;

3.18 No último ano houve mudanças (ampliação ou redução) na oferta de consultas e exames para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF na sua unidade? () Sim () não.

3.19 Caso positivo, quais mudanças ocorreram (resumo)?

3.20 A organização das referências para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF é discutida no Conselho de Saúde? () Sim () não

4) Gestão clínica

4.1 Os pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF para consultas especializadas em sua unidade estão de acordo com os protocolos?

() Sempre; () quase sempre; () às vezes; () nunca.

4.2 É possível identificar as três especialidades que mais têm recebido encaminhamentos fora do protocolo? Indique abaixo.

1 - _____
2 - _____
3 - _____

4.3 Os pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pela Equipes PSF para exames especializados em sua unidade estão de acordo com os protocolos?

() Sempre; () quase sempre; () às vezes; () nunca.

4.4 A oferta de consultas e exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes PSF é distinta dos outros encaminhamentos e necessidades de acompanhamento das outras patologias? () Sim; () não.

5) Recursos de Comunicação informação:

5.1 Quais são os meios utilizados para as referências e contra-referências de pacientes hipertensos e diabéticos entre sua unidade e o PSF?

() guia em papel;
() telefone/rádio;
() rede de computadores.

6. Logística

6.1 Há planejamento da oferta de insumos usados em exames (kits) e procedimentos especializados para pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados no PSF? () Sim; () não.

6.3 Tem havido falta de algum insumo ou kits de exames para pacientes hipertensos e diabéticos do PSF? () Sim; () não.

6.4 Em caso positivo, quais itens têm faltado?

Item	Tempo

Siglas utilizadas

RCR - referência e contra-referência; **SF** – Saúde da Família; **USF** – unidade de saúde da família.

Universidade Estácio de Sá
Mestrado de Saúde da Família
Pesquisa: Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos
cadastrados e acompanhados nas unidades de Saúde da Família no bairro de
Guaratiba no Município do Rio de Janeiro

ENTREVISTA COM GESTOR DO PSF

Local (Município)

1) Identificação:

Nome do entrevistado:	
Cargo:	
Tempo no cargo:	Tempo de trabalho no SUS:
Houve treinamento específico para a função?	() Sim ; () não;
É funcionário de carreira do município?	() Sim ; () não;
Profissão	
Tempo de formado	
Idade:	Sexo: Masculino() Feminino ().
Data da entrevista:	Entrevistador:

2) Organização e regulação de referência e contra-referência (RCR):

2.1 A oferta de consultas e exames especializados é planejada para garantir a demanda dos pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF? () Sim; () não.

2.2 Quais foram os critérios utilizados para o dimensionamento (programação) da oferta de consultas e exames especializados para pacientes *hipertensos* e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF? (por ex: perfil da demanda)?

2.3 Os profissionais de Saúde da Família têm conhecimento das referências estabelecidas para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF? () Sim; () não.

2.4 Há regulação das referências para o acesso às consultas especializadas para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes PSF? () Sim () não

2.5 Há regulação das referências para o acesso aos exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes PSF? () Sim () não

2.6 Caso positivo, qual é o órgão responsável pela regulação?

2.7 Quais são as unidades de referência para as seguintes consultas e exames especializados para os pacientes do PSF? Especifique a unidade por tipo de encaminhamento.

Consulta/exame	Unidade
Cardiologista	
ECG	
RX Simples de Tórax	
Ecocardiograma	
Ergometria	
Cintigrafia miocárdica com e sem esforço	
Oftalmologista	
Endocrinologista	
Glicemia de jejum	
Glicemia capilar	
Hb Glicosilada	
Curva glicêmica	
Perfil lipídico	
TSH	
Nutricionista	
Fisioterapeuta	
Fisiatra	
Educador físico	
Neurologista	
Cirurgia vascular	
Ecodoppler de carótidas e vertebrais	
Ecodoppler arterial de MMII	
Nefrologia	
Microalbuminúria	
Clearence de creatinina	
Proteinúria de 24h	
Psicologia	
Patologia clínica	

2.8 Aponte os três principais problemas que dificultam a regulação das referências para consultas e exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF?

- 1 - _____
- 2 - _____
- 3 - _____

2.9 Existe monitoramento das filas de espera de pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF? () Sim; () não.

2.10 Quais são os três tipos de consultas especializadas para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF que apresentam maior tempo médio de espera?

1 - _____
2 - _____
3 - _____

2.11 Quais são os três tipos de exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF que apresentam maior tempo médio de espera?

1 - _____
2 - _____
3 - _____

2.12 Que medidas estão sendo tomadas para solucionar o problema do tempo de espera?

2.13 Os profissionais responsáveis pelas consultas especializadas fazem contra-referência? () Sempre; () quase sempre; () às vezes; () nunca.

3) Gestão clínica

3.1 O encaminhamento para consultas especializadas para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF é feito com base em protocolos? () Sim; () não.

3.2 O encaminhamento para exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes do PSF é feito com base em protocolos? () Sim; () não.

3.3 Quais protocolos, de um modo geral e, especificamente, para pacientes hipertensos e diabéticos que estão sendo utilizados?

3.4 Houve treinamento dos profissionais de SF no uso dos protocolos? () Sim () não

3.5 Quando ocorreu o último treinamento? Data: _____ (mês/ano)

3.6 Houve avaliação da utilização dos protocolos? () Sim; () não.

3.7 Caso positivo, como se pode resumir seus resultados?

3.8 Existe monitoramento dos encaminhamentos de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades PSF? () Sim; () não.

3.9 Existe avaliação deste monitoramento dos encaminhamentos de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados nas unidades PSF? () Sim; () não.

3.10 A avaliação está documentada? (Pedir cópia do documento a respeito)
() Sim; () não.

3.11 Há apoio técnico de profissionais especializados para os profissionais de saúde da família? () Sim; () não.

3.12 Os profissionais especializados de apoio podem ser consultados a qualquer momento por telefone pelos profissionais de família? () Sim; () não.

3.13 Descreva de forma sucinta as principais características do apoio técnico ou supervisão.

4) Recursos de Comunicação informação:

4.1 Quais são os recursos de informática e de comunicação disponíveis para as USF?

- () Computador ligado em rede;
- () Computador não ligado em rede;
- () Telefone;
- () Rádio (ou tipo Nextel);

4.2 Quais USF contam com computador e telefone/rádio (ambos)?

4.3 Quais são os meios utilizados para as referências e contra-referências de pacientes *hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes*?

- () guia em papel;
- () telefone/rádio;
- () guia por rede de computadores.

5. Logística

5.1 Há planejamento da oferta de medicamentos, insumo e de materiais usados em consultas ou exames (kits de exames) especializados de pacientes *hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes*? () Sim; () não.

5.2 Para quais dos itens abaixo há controle de estoque (marque com X):

Item	Controle
Medicamentos	
Insumos	
Kits de exames	
Material de escritório	

5.3 Tem havido falta de algum medicamento ou insumo ou kits de exames para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes? () Sim () não.

5.4 Em caso positivo, quais itens têm faltado?

Item	Tempo

5.5 Há manutenção e calibração regular dos equipamentos utilizados nas USF?
() Sim; () não.

5.6 Há algum problema de abastecimento relacionado com o transporte dos itens?
() Sim; () não.

5.7 Caso positivo, é possível resumir o problema?

5.8 Qual o tempo médio entre a inscrição/cadastramento de um paciente nos programas de hipertensão e diabetes e o início do recebimento dos medicamentos por aqueles?

5.9 A oferta de consultas e exames especializados para pacientes hipertensos e diabéticos encaminhados pelas equipes PSF é distinta dos outros encaminhamentos e necessidades de acompanhamento das outras patologias? () Sim; () não.

Siglas utilizadas

RCR - referência e contra-referência; **SF** – Saúde da Família; **USF** – unidade de saúde da família.



Universidade Estácio de Sá
Mestrado Profissional em Saúde da Família
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nome do entrevistado: _____ Idade: _____

Projeto: Projeto de Pesquisa: Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados pelas Unidades da Saúde da Família no bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro.

Responsável: Julio Cesar Ferraro Rocha

Eu, _____,
abaixo assinado, declaro ter pleno conhecimento do que se segue:

1. Objetivo da Pesquisa: Levantamento da gestão e funcionamento do sistema de referência e contra-referência, com base em levantamento bibliográfico e documental e questionários a serem aplicados junto a gestores da Estratégia de Saúde da Família e médico(a)s das unidades de Saúde da Família
2. Benefícios que possam ser obtidos: Informações para subsidiar a melhoria da gestão do Programa Saúde da Família e do Sistema Único de Saúde;
3. Receberei resposta ou esclarecimento a qualquer dúvida acerca de assuntos relacionados com o objeto da pesquisa.
4. Tenho a liberdade de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo.
5. Obterei informações atualizadas durante o estudo, ainda que isto possa afetar minha vontade de continuar dele participando.
6. A pesquisa manterá o carácter oficial das informações relacionando-as com a minha privacidade.
7. Em caso de dúvidas, poderei esclarecê-las através de contato telefônico com o (a) pesquisador Julio Cesar Ferraro Rocha (a) pelos telefones (21) 9225-5412 ou com o **Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro**, Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 601 - Cidade Nova; Tel.: 2293-5549; e-mail: cepsms@rio.rj.gov.br

Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2008.

Assinatura do Participante

Assinatura do(a) Pesquisador(a)

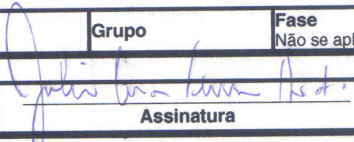
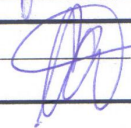


MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 227029	
Projeto de Pesquisa Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde da família no bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro					
Área de Conhecimento 4.00 - Ciências da Saúde - 4.01 - Medicina - Preve.				Grupo Grupo III	Nível Prevenção
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos SUS, PSF, continuidade de cuidados, ações integrais de saúde, continuidade, gestão, referência, contra-referência.					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 700	Total Brasil 700	Nº de Sujeitos Total 700	Grupos Especiais		
Placebo NAO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável Julio Cesar Ferraro Rocha			CPF 027.581.642-72	Identidade 177.924	
Área de Especialização CLÍNICA MÉDICA			Maior Titulação GRADUAÇÃO/MEDICINA	Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA JOSÉ BONIFÁCIO, 30, APTO 307 - B			Bairro SÃO DOMINGOS	Cidade NITERÓI - RJ	
Código Postal 24210-230	Telefone (21)...		Fax	Email jyumon@uol.com.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Data: 08/12/2008 Assinatura: <i>Julio Cesar Ferraro Rocha</i>					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Secretaria Municipal de Saúde - SMS/RJ			CNPJ 29.468.055/0001-02	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão PSF - Fazenda Modelo			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua Afonso Cavalcante 455 sala 701			Bairro Cidade Nova	Cidade Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 20211901	Telefone 21 25032024		Fax 21 25032026	Email cepsms@rio.rj.gov.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução. Nome: JOSE CARLOS DIAS BICAGO Assinatura: <i>JOSE CARLOS DIAS BICAGO</i> Data: 09/12/2008					
Vinculada					
Nome Universidade Estácio de Sá / UNESA - RJ			CNPJ 34.075.739/0001-84	Nacional/Internacional Nacional	
Unidade/Órgão Campus: centro V-Arcos da Lapa			Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO	
Endereço Rua do Riachuelo 27, 6º andar			Bairro Arcos da Lapa	Cidade Rio de Janeiro - RJ	
Código Postal 21230010	Telefone (21) 3231-6135		Fax (21) 3231-6135	Email comite.etica.pesquisa@estacio.br	
Termo de Compromisso Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Nome: _____ Assinatura: _____ Data: ____/____/____					



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

PROJETO RECEBIDO NO CEP		CAAE - 0269.0.314.308-08	
Projeto de Pesquisa Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde da família no bairro de Guaratiba no Município do Rio de Janeiro			
Área(s) Temática(s) Especial(s) Não se aplica		Grupo	Fase Não se aplica
Pesquisador Responsável			
CPF 02758164272	Pesquisador Responsável Julio Cesar Ferraro Rocha	Assinatura 	
Comitê de Ética			
Data de Entrega 30/10/2008	Recebimento:	Assinatura  Carla Costa Vianna Agente de Administração Mat. 10/209.528-9	

Este documento deverá ser, obrigatoriamente, anexado ao Projeto de Pesquisa.



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 290A/2008

Rio de Janeiro, 17 de novembro de 2008.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

Coordenador:
Carlos Scherr

Vices-Coordenadores:
Salésia Felipe de Oliveira
Mariângela Freitas Lavor

Membros:
Carla Lopes Porto Brasil
Carlos Alberto Maia
Carlos Alberto Pereira de Oliveira
Elisete Casotti
José M. Salame
Jucema Fabrício Vieira
Lindalva Guerra Bras
Márcia Constância P. A. Gomes
Maria Alice Gunzburger
Milene Rangel da Costa
Rafael Aron Abitbol
Rondineli Mendes da Silva
Sandra Regina Victor
Sérgio Aquino
Suzane Oliveira de Menezes

Secretária Executiva:
Carla Costa Vianna

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 237/08

TÍTULO: Continuidade de cuidados de pacientes hipertensos e diabéticos cadastrados e acompanhados nas unidades de saúde da família no bairro de Guaratiba no município do Rio de Janeiro.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Julio César Ferraro Rocha.

UNIDADE (S) ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA:
PSF – Fazenda Modelo.

DATA DA APRECIÇÃO: 17/11/2008.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salésia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde
Rua Afonso Cavalcanti, 455 sala 701 – Cidade Nova – Rio de Janeiro
CEP: 20211-901
Tel: 2503-2024 / 2503-2026 - E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br - Site: www.saude.rio.rj.gov.br/cep

FWA nº: 00010761
IRB nº: 00005577

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)