

**UNICESUMAR – CENTRO UNIVERSITÁRIO CESUMAR
PROGRAMA DE MESTRADO EM PROMOÇÃO DA SAÚDE**

**O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS DE REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS/SP, NA PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.**

ULISSES BUENO MARQUES JUNIOR

MARINGÁ
2015

ULISSES BUENO MARQUES JUNIOR

**O FUNCIONAMENTO DOS SISTEMAS DE REDE DE ATENÇÃO À
SAÚDE DO MUNICÍPIO DE PENÁPOLIS/SP, NA PERSPECTIVA
DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde do Centro Universitário de Maringá, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Promoção da Saúde.

Orientadora: Ana Paula Machado Velho
Co-Orientadora: Rose Mari Bennemann

MARINGÁ
2015

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	6
1.1	DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	8
1.2	REVISÃO DE LITERATURA	10
2	HIPÓTESE	11
3	OBJETIVOS	12
3.1	GERAL	12
4	METODOLOGIA	12
	CAPITULO II	16
	ARTIGO I	16
5	CONCLUSÃO	29
6	REFERÊNCIAS	29

ANEXOS

Anexo 1 - Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

Anexo 2 - Termo de consentimento livre e esclarecido – Secretário de Saúde.

Anexo 3 - Modelo do termo de consentimento livre e esclarecido – Profissionais.

APÊNDICES

Apêndice 1 - Modelo dos questionários para registro dos dados.

Apêndice 2 – Regras para submissão do artigo I(Preparo do manuscrito).

RESUMO

A proposta deste trabalho é conhecer o funcionamento das RAS – Redes de Atenção a Saúde do Município de Penápolis/SP, de acordo com a perspectiva dos profissionais de enfermagem que fazem parte das unidades de atendimento. As RAS serão classificadas a partir do protocolo proposto por Mendes, que se fundamenta com a identificação dos princípios que norteiam o SUS (Sistema Único de Saúde) e as Redes de Atenção à Saúde nas unidades, por se acreditar que para um bom andamento e operacionalização destas redes é fundamental a presença e a boa operacionalização destes princípios. Trata-se de um estudo de campo quantitativo. Foi encaminhado por meio de instrumento estruturado (questionário), composto por questões que avaliaram o conhecimento destes profissionais sobre suas unidades em duas dimensões (1- População e 2-Atenção Primária a Saúde – APS). Estas questões receberam pontuações que variam de 0 a 3 pontos cada. Responderam os questionários trinta e oito profissionais que trabalham e que estão presentes em vários setores destas unidades. Após a aplicação do questionário, somaram-se os pontos totais alcançados pelos profissionais de cada unidade, buscando fazer a classificação destas unidades. Estes valores alcançados permitem classificá-las em: fragmentadas, incipientes, avançadas e integradas para atuarem como rede. A avaliação individual final de cada unidade apresentou resultados na sua maioria muito bons, com exceção das UBS do Jardim Tropical e Silvia Covas, que a soma de suas notas, classificou as unidades como fragmentadas e incipientes para atuarem como rede de atenção. Já a avaliação das outras UBS e Macros mostraram um resultado satisfatório, classificando-as como avançadas e integralizadas para atuarem como rede de atenção. Assim fica claro não são estes princípios, os motivos das reclamações feitas pela comunidade, e que as RAS do município utilizam os conceitos de rede como norteadores de seus programas e atividades. Quando se buscou um aprofundamento destas informações (formada pela seleção dos escores zero e um) foi possível a identificação também de áreas críticas no desempenho das unidades, como a menor percepção destes profissionais, no que se refere à dimensão II ou componente APS.

Palavra Chave: Redes de Atenção à Saúde, SUS, UBS.

ABSTRACT

The purpose of this work is to know the functioning of RAS - Health Care Networks of the Municipality of Penápolis / SP, according to the perspective of nursing professionals who are part of the PSCs. The RAS will be classified from the protocol proposed by Mendes, which is based on the identification of the principles that guide the NHS (National Health System) and Health Care Networks in the units, because they believe that for a smooth running and operation these networks is essential the presence and good operationalisation these principles. It is a quantitative field study. It was routed through structured instrument (questionnaire), composed of questions assessing the knowledge of these professionals on their units in two dimensions (1-Population and 2-Primary Health Care - PHC). These questions were scored ranging from 0 to 3 points each. Answered the questionnaires and thirty eight professionals working and which are present in various sectors such units. After the questionnaire, were added to the total points achieved by professionals in each unit, seeking to sort these units. These values allow achieved rank them: fragmented, nascent, advanced and integrated to act as network. The final individual evaluation of each unit posted very good results in their majority, except for the Tropical Garden UBS and Silvia Covas, that the sum of its notes, classified units as fragmented and incipient to act as care network. Since the evaluation of other UBS and Macros showed a satisfactory result, classifying them as advanced and paid to act as care network. So it is clear these principles are not, the reasons for the complaints made by the community, and the county RAS use network concepts as guiding its programs and activities. When we sought a further development of information (formed by the selection of scores zero and one) it was also possible to identify critical areas in the performance of units such as a lower perception of these professionals, as regards the size II or APS component.

Keyword: Health Care Networks, SUS, UBS.

1 INTRODUÇÃO

A qualidade de vida e saúde da população é, hoje, motivo de preocupação suficiente para justificar várias análises e estudos com foco na área da saúde. Estas investigações permitem o desenvolvimento de muitas teorias, na tentativa de esclarecer, antes de tudo, como garantir qualidade de vida. Principalmente quando se tem à frente um país continental e heterogêneo, formado por uma população de múltiplas raças e, conseqüentemente, inúmeras culturas, como é o Brasil. Esta definição precisa se ajustar às características de cada região e sofre com o peso de um legado cultural forte e enraizado. Concomitante a isso, tem-se um Sistema Único de saúde – SUS, teoricamente idealizado, e tendo no seu controle, profissionais pouco preparados, que não o entendem, e com grupos poderosos na ganância de fazê-lo funcionar como um instrumento político. Nesse panorama, não há como implementar ações efetivas para uma vida saudável e com qualidade para a população

Este imbróglio atual tem uma origem antiga, gerada por uma história ligada a um processo de instalação populacional precário, em que a expansão e as conquistas de novas fronteiras econômicas, sociais e geográficas foram estabelecidas pelo crescimento da economia informacional global, fazendo com que a situação mundial assumisse contornos diferenciados, conforme o país e a região do mundo. Muitos países como o Brasil foram marginalizados, passando de explorados e dependentes a irrelevantes nesta nova economia, aumentando consideravelmente as desigualdades e os problemas sociais.

Este modelo levou naturalmente à desigualdade na qualidade de vida e na saúde da população. A desnutrição, por exemplo, em algumas regiões, continua sendo um obstáculo sério ao bem estar de comunidades inteiras. Algumas doenças infecciosas reapareceram ou avançam, e a violência, o uso de drogas e a AIDS vêm se tornando o maior desafio à manutenção da vida e da qualidade de vida nas cidades.

Este quadro de crise, que se estabeleceu nos países em desenvolvimento, principalmente, nas décadas de 1970 e 1980, colocou uma série de desafios em termos do equacionamento dos problemas de saúde e da ampla variedade de situações que os originaram. Concomitantemente, reuniões em nível mundial propuseram discussões que originaram um novo conceito de saúde, baseado em uma concepção do homem como

um ser integral, cujo bem estar é constantemente afetado por fatores biogenéticos, mas também pelo ambiente físico, social, econômico, político e cultural (WESTPHAL & ZIGLIO, 1990).

Assim, a saúde começou a ser colocada no centro do processo de tomadas de decisões, como critério fundamental para a definição das políticas e ações. Em 1986 e 1987, a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde em Brasília - Brasil e I Conferência Mundial de Saúde em Ottawa – Canadá, os profissionais da área deixaram escrito em dois documentos respectivamente, “Carta da VIII Conferência de Saúde e a Carta de Otawa”, essa caracterização conceitual do que é saúde, firmando que esta não é somente a ausência de doença, mas agrupa-se a ela toda a complexidade de questões que afetam o sistema e componente humano.

A Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 assegurou diversas garantias constitucionais, com o objetivo de dar maior efetividade a estes direitos sociais fundamentais, foi promulgada em 5 de outubro de 1988 e é a lei fundamental e suprema do Brasil, servindo de parâmetro de validade a todas as demais espécies normativas, situando-se no topo do ordenamento jurídico.

No que se refere à saúde, a Constituição no seu art. 196, reconhece a mudança no conceito de saúde e estabelece que “saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doenças e de outros agravos, além do acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. Esta regulamentação ocorreu a partir das Leis orgânicas da Saúde: n. 8.080 (BRASIL, 1990) e Lei n. 8142, ambas de 1990 (BRASIL, 1990).

Neste cenário, surge o Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS não é um serviço ou uma instituição, mas um programa criado pela Constituição Federal, destinado ao público brasileiro, para que todos tenham acesso aos serviços de saúde. Este programa é constituído por um sistema que aglomera um conjunto de unidades, de serviços e ações (de promoção e recuperação da saúde) prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais. Podem ainda ser prestados complementarmente pela iniciativa privada e devem interagir para um fim comum.

Percebe-se, nitidamente, a passagem de um sistema antes fragmentado, como base apenas piramidal hierárquica (Atenção básica na base da pirâmide, passando pela

atenção de média complexidade e, no ápice desta pirâmide, a presença da alta complexidade) para um grande programa de rede, sustentado por outros grandes sistemas de Redes de Atenção à Saúde. Desta forma, o SUS é uma organização poliárquica (MENDES, 2007), tendo nos centros desta estrutura os Programas de Atenção Primária a Saúde (APS).

Segundo Castell (1996), as redes estão divididas em: redes verticais – quando existe um grande coordenador, que comanda as atividades e lidera as demais; e redes horizontais – quando são formadas por várias unidades que visam um objetivo comum. As redes horizontais atuam no mesmo ponto da cadeia produtiva e têm por objetivo reduzir custos para torná-las mais competitivas. Esta é a proposta do SUS: que as RAS gerem esta perspectiva e sustentem o Sistema

1.1 DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A proposta da RAS é quase centenária, já que foi feita, pela primeira vez, no Relatório Dawson, publicado em 1920 (DAWSON, 1964). As origens nas experiências de saúde surgiram na primeira metade dos anos 90, nos Estados Unidos. Por aqui, o tema vem sendo tratado com uma evolução bastante crescente. Mendes (2001) fez uma análise crítica da fragmentação do sistema público brasileiro e propôs como alternativa a construção de sistemas integrados de saúde que articulassem os territórios sanitários, os componentes da integração e a gestão da clínica. Em 2006, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde, num documento de posição, colocou como um dos desafios ao SUS, promover o alinhamento da situação epidemiológica brasileira com o modelo de atenção à saúde do SUS, por meio da implantação das RAS.

Em 2008, o Ministério da Saúde analisou historicamente as RAS, estabeleceu as razões para sua adoção, definiu o seu conceito e os seus princípios, formulando um processo de transição para as RAS por meio dos territórios integrados de atenção à saúde e as linhas de cuidado. Além disso, propôs as diretrizes para sua implantação. Este movimento em busca da construção das RAS está sustentado por evidências de que essas redes constituem uma saída para a crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde.

Os fundamentos das redes de atenção à saúde são: economia de escala, qualidade e acesso da população aos serviços de saúde, territórios sanitários, formas de integração, processos de substituição e níveis de atenção. Estes fundamentos da Rede de Atenção à Saúde, a caracterizam como uma organização horizontal de serviços de saúde com o centro de comunicação na atenção primária à saúde, permitindo prestar uma assistência contínua à determinada população, no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa. E ainda tem responsabilidade pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população.

Porém, é necessário compreender a importância do envolvimento dos grupos de sustentação do sistema. Segundo Mance (1998), “rede é uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem se multiplicar em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto, na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo expandir-se ou manter-se em equilíbrio”. Refletindo sobre esta definição, nota-se que, na base das redes, se encontra a ação efetiva de indivíduos; isto é, “o poder da rede advém dessa propriedade de multiplicação inerente ao processo de fazer conexões” (MARTINHO, 2003, p. 30); isto é, das pessoas, dos atores destas redes.

O programa de saúde do município de Penápolis faz parte das Políticas Públicas de Saúde do Estado de São Paulo. Especificamente no estado de São Paulo, a descentralização da saúde foi marcada também pelo processo de descentralização da Secretaria de Estado da Saúde (SES). O marco inicial para esse processo foi o movimento de reforma da administração pública paulista, realizado ao longo do governo Franco Montoro (1983-1986). No último ano desse governo, a descentralização da gerência das atividades da SES/SP foi realizada com a criação de 62 Escritórios Regionais de Saúde (Ersas), sendo 47 no interior e 15 na Região Metropolitana. Na dimensão organizacional, a reestruturação da SES seguiu os princípios da regionalização e da municipalização dos serviços e ações básicas de saúde (MENDES, 2005).

A região onde o município está inserido apresenta problemas das mais variadas ordens. Estes fatores somados e a cada dia mais comum, acabam levando sempre a um questionamento sobre a real capacidade de funcionamento destes programas, seja ele de controle e/ou os programas de promoção de saúde.

O organograma do programa de saúde do município de Penápolis, que visa ao atendimento de uma população de 60 mil habitantes, tem uma boa estruturação. Todos os serviços das unidades que compõem a atenção primária do município são controlados por uma empresa terceirizada “AVAPE”, que inclusive é responsável pela seleção e contratação dos profissionais que vão formar as equipes de atendimento.

Porém, não param de ocorrer problemas dos mais diferenciados que, de alguma maneira, estão ligados à ação dos profissionais das redes. As reclamações vão desde o tempo de espera excessivo para o atendimento, pouca atenção dos funcionários na atenção inicial, falta de médicos especializados e baixa qualidade de atendimento.

A aparente inoperância do sistema desperta a necessidade de tentar conhecer as reais condições de funcionamento destas redes e encontrar possíveis fatores que possam estar em desacordo com os objetivos da Rede de Atenção à Saúde para apontar soluções.

Optou-se usar os profissionais de enfermagem como elementos a responder os questionários, visto que estes profissionais estão presentes em todos os setores da unidade de atendimento. As perguntas que norteiam esta pesquisa são: O conceito de rede está orientando a ação das redes de atenção à saúde do município? Os profissionais de enfermagem identificam este conceito? Como classificaríamos estas unidades em função destas respostas?

As respostas obtidas por este trabalho mostrarão uma realidade mais precisa deste sistema e serão importantes para a elaboração de um novo direcionamento da política pública do município, no que diz respeito a seu programa de saúde.

1.2 REVISÃO DA LITERATURA

Fatos históricos mostram que a saúde pública no Brasil vem se transformando ao longo de sua história, mas em velocidade muito lenta e atravancada politicamente. Situações antigas do início deste processo, no período colonial, ainda estão presentes nos dias atuais. A transferência de responsabilidade da saúde pública para os municípios é um exemplo e a polêmica entre medicina preventiva e curativa também sempre esteve

presente nas discussões sobre saúde no país. No século XIX, ganhou espaço e foi importante para a formação e organização das políticas atuais de saúde.

Nas primeiras décadas do século XX, houve um grande crescimento econômico no Brasil. No entanto, também foi um período de crise social e sanitária, porque a febre amarela, entre outras epidemias, ameaçava a economia agroexportadora brasileira, prejudicando principalmente a exportação de café, pois os navios estrangeiros se recusavam a atracar nos portos brasileiros, o que também reduzia a imigração de mão-de-obra. Para reverter esta situação, o governo criou medidas para garantir a saúde da população trabalhadora através de campanhas sanitárias de caráter autoritário (SCLIAR, 1987).

Somente na década de 20 é que se dá a primeira medida concreta, em nível nacional, para a criação do Sistema de Saúde Pública.

Oswaldo Cruz adotou o modelo das campanhas sanitárias (inspirado no modelo americano, mas importado de Cuba), destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais (LUZ, 1991).

Na história da composição do modelo de saúde, é importante entender que os avanços resultam de uma militância e de uma estratégia política, envolvendo desde setores da categoria profissional médica até movimentos sociais e sindicais de variada natureza (COHN, 1989). Um fato dos mais significativos nesse contexto é a VIII Conferência Nacional de Saúde, convocada pela Presidência da República e de responsabilidade do Ministério da Saúde.

Esta conferência foi um marco político importante, pois é quando a saúde é trazida para a arena de um amplo debate público, com participação de todas as classes envolvidas no direcionamento da saúde de uma comunidade. Envolveu uma série de debates prévios e de conferências posteriores sobre temáticas específicas, após sua realização, em março de 1986 (COHN, 1989).

Neste momento, vê-se que, cada vez mais, o profissional de enfermagem se aproximando do público e se tornando cada vez mais responsável pela atenção à população, o que os faz precisar conhecer a filosofia do SUS, além de ter conhecimentos técnicos e éticos. Afinal, a proposta de rede se aproxima da filosofia da medicina social, porém, ainda mais baseada na circulação de informações, desde a prevenção até o cuidado curativo.

Esta posição o faz saber lidar com a informação a ponto de fazê-la circular de forma adequada pela Rede de Atenção. Para Mance (1998), as redes promovem a relação entre as pessoas, condição importante à vida social, já que podem contribuir com a circulação de tecnologias, saberes e insumos.

2 HIPÓTESE

Os profissionais de enfermagem das redes, não identificam nas unidades a maioria dos fundamentos que dão sustentabilidade aos programas das redes de atenção, fazendo com que a classificação das unidades seja incipiente ou fragmentada.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a rede de atenção à saúde do município de Penápolis, a partir da perspectiva dos profissionais de enfermagem, e classificá-las de acordo com protocolo proposto por Mendes.

4 METODOLOGIA

Este trabalho apresenta os resultados de um estudo de campo, que teve como métodos de análise aspectos quantitativos e foi realizado nas unidades que fazem parte da Rede de Saúde do Município de Penápolis. As unidades estudadas foram: As cinco UBS - Unidades Básicas de Saúde, e as quatro Macros.

Este estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e todos os participantes que aceitaram participar, assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido – TCLE.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, do Unicesumar – Centro Universitário Cesumar, com parecer de número 32469514.0.00005539.

Os resultados e classificação das unidades foram verificados por meio de uma versão adaptada do questionário proposto por MENDES (2011). Este questionário foi instrumento de uma metodologia avaliativa periódica das RAS, disponível no livro “As

Redes de Atenção à Saúde”. Mendes (2011) acredita que a integralização dos sistemas de atenção à saúde envolve um conjunto de abordagens e que estas podem conotar coordenações, cooperações e integrações. Esta taxonomia das integrações desses resultados permite uma análise situacional do estágio de integrações das RAS.

O questionário original é formado por 174 questões, distribuídas em sete dimensões avaliativas. As dimensões que integram o questionário são: 1- população, 2 - APS – Atenção primária à Saúde, 3 - pontos de atenção secundária e terciária, 4 - sistemas de apoio, 5 - sistemas logísticos, 6 - sistema de governança da rede e 7 - modelo de atenção à saúde.

A versão adaptada (questionário) foi composta de questões que mediram apenas as dimensões 1 e 2: Componente Populacional (CP)-(Q. 01/14) e Atenção Primária à Saúde (APS)-(Q. 15/33). Estes dois componentes refletem de uma forma geral os aspectos que envolvem e dão sustentabilidade às ações de atenção primária (APS) e suas relações com os usuários, tema que é a essência deste trabalho. Questões como: definição de população adscrita por unidades; determinação das diferenças de necessidades destas comunidades; a determinação da territorialização sanitária; a caracterização dos vários perfis da população e a elaboração de um plano diretor faz parte do Componente Populacional. Enquanto questões sobre as responsabilidades das APS; a clareza do papel profissional; a importância da formação de equipe multiprofissional; os programas de incentivo e as articulações e interações entre as equipes estão presentes no componente de Atenção Primária à Saúde.

Os profissionais foram contatados individualmente nas unidades a que pertencem, durante o mês de novembro de 2013 e dezembro de 2014. A cada um foi explicado à intenção da pesquisa e como o questionário deveria ser respondido. Eles ficaram livres para responder, e concluíram rapidamente, no mesmo dia e local.

A partir do momento que todos responderam, foram feitas as seguintes considerações: Em primeiro lugar, somaram-se os pontos alcançados por cada profissional, lembrando que o total máximo a ser alcançado por esta somatória individual (Q1/14 + Q2/18) foi de 96 pontos. Este valor é obtido somando-se os valores de cada questão que vai de 0 a 3, em um total de 32 questões (14 D1+18 D2). Assim o máximo é 96 pontos (32 x 3).

Em seguida somaram-se os pontos por unidade, para poder gerar a classificação das unidades. Os valores foram variados e proporcionais a quantidade de profissionais presentes em cada unidade. Ex: 03 profissionais permitem o máximo de 288 pontos.

Este valor representa uma proporcionalidade estatística comparada a tabela inicial que prevê 522 pontos por profissional, soma de todos as questões dos 7 questionários, das sete dimensões (174 x 3). Este sistema de pontuação permite verificar e classificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção de cada unidade, de acordo com a explicação presente abaixo e no quadro 1.

Para cada questão foi dada uma resposta com um valor que variou de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Como já citado a soma alcançada por cada unidade variou de acordo com a quantidade de profissionais que responderam o questionário. Ex: A unidade que teve a participação de 03 profissionais alcançaria no máximo 288 pontos (96x3), a que participaram 04, alcançariam 384 pontos (96x4), a que participaram 05, alcançariam 480 pontos (96x5) e a que participaram 06 profissionais, alcançariam 576 pontos (96x6). Esta proporcionalidade foi importante para gerar a classificação. O resultado final foi interpretado de acordo com o quadro 1.

Quadro 1: Pontuação, Capacidade e Classificação/por profissional

Valores de Mensuração		Capacidade para operar	Classificação como Rede
07 Q	02 Q	como Rede de Atenção	de Atenção à Saúde
0 a 130 Total	(0 a 28) Parcial	Incapacidade para a operação de RAS.	Rede de atenção inexistente - Sistema Fragmentado.
131 a 260 Total	(29 a 48) Parcial	Capacidade básica para operar RAS.	Rede de atenção básica - Sistema Incipiente.
261 a 390 Total	(49 a 70) Parcial	Capacidade boa para operar RAS.	Rede de atenção boa - Sistema Avançado.
391 a 522 Total	(71 a 96) Parcial	Capacidade ótima para operar RAS.	Rede de atenção ótima - Sistema Integrado.

A partir da análise quantitativa e classificação das unidades, foi feita uma busca mais aprofundada em relação às questões respondidas, selecionando-se todos os escores inferiores a 3, mais especialmente os valores 0 e 1 (valores que indicam áreas críticas de desempenho). Fato que desestrutura um fundamento importante da RAS, que é a integralização horizontal. De acordo com Mendes (2011), a dimensão ou integralização horizontal é um dos fundamentos das RAS e se dá com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, assim, obter maior eficiência e competitividade. Essa integralização ocorre a partir das alianças e estratégias entre as unidades.

Essa avaliação estava orientada a prover aos gestores e aos profissionais de saúde, um diagnóstico do estágio em que se encontram as unidades de atenção primária do município, tendo como referência a percepção dos profissionais de enfermagem sobre a presença dos princípios e bom funcionamento dos programas que fundamentam o SUS e as RAS.

CAPÍTULO II

Artigo I

TÍTULO: As Redes de Atenção e a eficiência do sistema, na perspectiva dos profissionais de enfermagem.

Ulisses Bueno Marques Junior

Ana Paula Machado Velho

Rose Mari Bennemann

Resumo: A proposta deste trabalho é conhecer as Redes de Atenção à Saúde do Município, e classificá-las a partir da percepção dos seus profissionais de enfermagem, quanto à presença dos princípios que norteiam estes sistemas, utilizando o protocolo de Mendes para tal. Trata-se de um estudo de campo quantitativo. Foi encaminhado por meio de questões que avaliaram a percepção destes profissionais quanto à existência dos programas de atenção à saúde nas unidades. Estas questões receberam pontuações que variam de 0 a 3 pontos cada. Responderam trinta e oito profissionais (UBS e Macros). Após a aplicação do questionário, somaram-se os pontos totais alcançados pelos profissionais de cada unidade. Estes valores alcançados classificaram a maioria das unidades como avançadas e integralizadas. Exceção foi à UBS do Jardim Tropical e Silvia Covas que foram classificadas como incipientes e fragmentadas. O resultado geral nos permite classificá-las como unidades eficientes para atuarem como rede de atenção. Fator esperado, já que estes profissionais estão na linha de frente do atendimento e principalmente no processo de desenvolvimento da base destes programas, previsto tanto pelo SUS como pelas Redes de Atenção.

Palavras-chave: Redes de Atenção à Saúde, SUS, Urgência e Emergência.

Summary: The purpose of this work is to know the Health Care Networks of the Municipality, and rank them from the perception of the nurses for the presence of the principles that guide these systems using Mendes protocol to do so. It is a quantitative field study. It was routed through questions that evaluated the perception of these professionals about the existence of health care programs in the units. These questions were scored ranging from 0 to 3 points each. They responded thirty eight professionals (UBS and Macros). After the questionnaire, were added to the total points achieved by professionals in each unit. These values achieved classified most units as advanced and

paid. Exception was the UBS Tropical Garden and Silvia Covas that have been classified as incipient and fragmented. The overall result allows us to classify them as efficient units to act as care network. Factor expected, since these professionals are on the front line of care and especially in the development process of the basis of these programs, provided both by SUS as the Care Networks.

Keywords: Health Care Networks will, SUS, Urgency and Emergency.

INTRODUÇÃO

O Sistema de Saúde do Brasil tem sido constantemente colocado no banco dos réus, quando julgado pela sociedade em geral, mas principalmente pela comunidade de baixa renda, pois é esta que sofre diretamente com a sua desorganização, insuficiência e seu aparente mau funcionamento. Reclamações constantes da baixa qualidade do atendimento, da falta de atendentes capacitados e diminuta presença de profissionais de saúde, estão entre as reclamações.

Com isso, filas enormes são formadas diariamente e estes fatos são sempre mostrados pela mídia em todo o Brasil. Soluções são constantemente discutidas em programas, entrevistas, congressos e reuniões, mas parece que nada consegue modificar este sistema, que ainda sofre com atos de incompetência, interesses e entraves políticos. Diante desse quadro, os mais carentes e necessitados ficam à mercê dos governantes, o que provoca uma revolta constante nas portas das unidades de saúde. A decisão de quem atender e como atender acaba obedecendo a critérios duvidosos e, na maioria das vezes, colocam em situação vulnerável os mais necessitados.

O profissional de enfermagem está presente neste processo, e está assumindo, cada vez mais, um papel decisivo e ativo na identificação e atendimento das necessidades da população. É peça fundamental para a promoção e proteção destes indivíduos em suas mais variadas dimensões¹.

Segundo Maurer e Smith², o enfermeiro é o profissional que tem a possibilidade de operar e modificar este quadro de forma criativa e autônoma, nos diferentes níveis de atenção à saúde.

Este cuidado é fundamental no desenvolvimento e aprimoramento do sistema de saúde, seja local ou regional. Há uma inserção ativa deste profissional em diferentes espaços de atuação que se torna protagonista deste processo saúde doença³.

A Constituição de 1988, no capítulo VIII, da Ordem social, e na Seção II, referente à saúde, define, no artigo 196, que “a saúde é direito de todos e dever do estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O Sistema Único de Saúde - SUS é definido pelo artigo 198 do seguinte modo: As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais e participação da comunidade⁴.

O SUS foi regulamentado em 19 de setembro de 1990, por força da Lei 8.080⁵, lei que definiu o modelo operacional do sistema, propondo sua forma de organização e de funcionamento.

Portanto, o SUS é concebido como um conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da administração direta e indireta e

das fundações mantidas pelo Poder Público. Mais uma vez, como conjunto de ações que envolvem vários setores administrativos, torna-se importante a presença da rede de atenção à saúde como garantia desta mobilização. Estes fundamentos a caracterizam como uma organização horizontal de serviços de saúde, com o centro na atenção primária à saúde – **APS**. O modelo mostra uma estrutura organogrâmica eficiente como um sistema integrado de REDE, em organização poliárquica⁶.

Os princípios doutrinários do SUS são: a universalidade como garantia de acesso de ações e serviços de saúde a todos; a equidade garantindo judicialmente a igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie. O sistema cobra das redes de serviços de atenção à comunidade que os cerca, buscando perceber assim, as reais necessidades desta. O atendimento integral é outra doutrina, pois a pessoa é vista como um todo, onde suas necessidades gerais possam ser atendidas.

A participação da comunidade é importante e ocorre através dos processos decisórios consolidados na participação destes membros da comunidade nos Conselhos Municipais de Saúde. O conceito de poder está na base das redes, ela contribui para o fortalecimento e autodeterminação de determinado grupo social (*empowerment*), isto é “o poder da rede advém dessa propriedade de multiplicação inerente ao processo de fazer conexões”⁷.

A implantação de um programa tão intenso não só no contexto territorial, que pudesse envolver vários setores e a comunidade, gerou naturalmente a criação das RAS (Redes de Atenção à Saúde), que vieram permitir esta ligação e ao mesmo tempo tornar possível este complexo sistema de cuidado e atenção. “As RAS são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado”⁸. Estas possuem elementos constitutivos: população, razão de ser e de responsabilidade, uma estrutura operacional das redes de atenção, um modelo de atenção à saúde, pontos de atenção em saúde e sistemas transversais que conectam os pontos de atenção. Esta estrutura provê ações e serviços de saúde à comunidade, com garantia de acesso equânime a uma atenção integral, resolutiva, de qualidade, humanizada e em tempo integral.

Representam uma malha que interconecta e integra os estabelecimentos e serviços de saúde de determinado território, organizando-os sistematicamente para que os diferentes níveis e densidades tecnológicas de atenção estejam articulados e adequados para o atendimento ao usuário e para a promoção da saúde⁹.

Apesar da real importância, a RAS demorou a ser implantada¹⁰. Foi implementada inicialmente, em 2006, como um desafio ao SUS, vindo a ter suas bases, conceitos e princípios fundamentados pelo Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CNSS, em 2008, e finalmente implantado em 2010, via Portaria n. 4.279, do Ministério da Saúde - MS.

Os profissionais envolvidos nas equipes de saúde devem se adequar e se aperfeiçoar na tentativa de acompanhar este processo e assim agir como interventores e não simplesmente como instrumentadores. A enfermagem vem sofrendo para adequar suas diretrizes a ponto de colocá-la compatível às exigências do momento.

Assim, segundo ITO¹¹, a desospitalização do processo ensino-aprendizagem; a aprendizagem baseada em problemas e evidências; a aprendizagem direcionada para aquisição de competências cognitivas e tecnológicas em prevalência à apreensão de aptidões específicas; a adoção da transdisciplinariedade; a incorporação da avaliação econômica e da bioética nos currículos; e o estímulo à investigação, se tornam as principais tendências de transformação.

Este processo se torna fundamental para que estes possam se ajustar às necessidades constantes de mudança gerada pela situação de instabilidade que passa os programas de Saúde, principalmente o SUS. Por estas razões, este trabalho se propõe a verificar se estes aspectos, de desconhecimento do sistema, por exemplo, podem estar interferido na qualidade da dinâmica da rede do município de Penápolis.

Percebe-se, nitidamente, que o SUS é um grande programa, que tem como proposta ser sustentado por um sistema de Redes de Atenção à Saúde (RAS), com a formação de uma organização poliárquica. “Os fundamentos da RAS a caracterizam como uma organização horizontal de serviços de saúde, tendo como centro a comunicação que deve sustentar as ações em rede para a Atenção Primária à Saúde (APS), o que permite prestar uma assistência contínua à determinada população (território), no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa”. Esta ainda tem responsabilidade pelos resultados sanitários e econômicos relativos a essa população⁸.

A operacionalização das redes de atenção se dá pela interação dos seus elementos constitutivos: população adscrita a um determinado território, estrutura operacional que inclui pontos de atenção em saúde e sistemas transversais que conectam os pontos de atenção e pelo modelo de atenção à saúde⁶.

Nesse contexto, evidencia-se o papel do profissional e o domínio do conhecimento do que é um trabalho em rede: uma articulação entre diversas unidades que, através de certas ligações, trocam elementos entre si, fortalecendo-se reciprocamente, e que podem multiplicar-se em novas unidades, as quais, por sua vez, fortalecem todo o conjunto, na medida em que são fortalecidas por ele, permitindo expandir-se ou se manter em equilíbrio¹².

Enfim, as Redes estão na base do conceito estrutural de atenção do SUS. E para que funcione, precisa garantir o fortalecimento e a autodeterminação dos que participam do grupo de trabalho, isto é, “o poder da rede advém dessa propriedade de multiplicação inerente ao processo de fazer conexões”⁷.

O presente estudo verificou, desta forma, em que medida se encontra as unidades de atenção no sentido de relacionar esse momento à eficiência da rede de atenção no município.

O caso de Penápolis

Penápolis é uma cidade interiorana que possui uma população próxima de 60 mil habitantes. O município apresenta vários problemas de ordem pública, relatados em manifestações, processos jurídicos, reclamações na mídia e, ainda, quadros variados epidemiológicos, que vão desde a dengue, da leishmaniose à gripe H1n1.

Os problemas que se manifestaram na rede básica foram desde: 1- tempo de espera excessivo, 2- pouca atenção dos funcionários na triagem e contato inicial, 3- falta de médicos especializados e 4 - baixa qualidade de atendimento, e considerando que este e os outros serviços se apresentam como fundamental na estrutura operacional das redes de atenção, esta aparente inoperância despertou a necessidade de conhecê-los e pautar fatores que possam estar em desacordo com o objetivo da Rede de Atenção à Saúde.

A partir dessas considerações é possível perguntar: Até que ponto o resultado apresentado pelo questionário e consequente classificação destas unidades, podem estar relacionado com estas reclamações e demonstrar esta possível inoperância das unidades.

Metodologia

Este artigo apresenta os resultados de um estudo de campo, que teve como método de análise, aspectos quantitativos realizados nas unidades que fazem parte da Rede de Atenção Primária do Município de Penápolis (UBS e Macros).

Este estudo foi autorizado pela Secretaria Municipal de Saúde, e todos os participantes que aceitaram participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, do Unicesumar – Centro Universitário Cesumar, com parecer de número 32469514.0.00005539.

Os informantes do estudo foram treze enfermeiros, sendo oito que atuam nas equipes da ESF das Macros e cinco nas equipes ESF das UBS. Ainda participaram vinte e cinco técnicos de enfermagem, sendo quinze da ESF das Macros e dez da ESF das UBS.

A percepção dos profissionais e classificação das unidades foi verificada por meio de uma versão adaptada do questionário proposto por Mendes⁶. Este questionário foi instrumento de uma metodologia avaliativa periódica das RAS, disponível no livro “As Redes de Atenção à Saúde”. Foi aplicado como linha de base e pode ser constantemente reaplicado, com o intuito de conhecer os graus de integração dessas redes e se elas estão se movendo em determinada direção: evolutiva, estável ou involutiva.

O questionário original é formado por 174 questões e foi construído a partir das concepções teóricas e operacionais discutidas no livro “As Redes de Atenção à Saúde”, e tem como referência de medida, as dimensões: 1 - população, 2 - APS, 3 - atenção secundária e terciária, 4 - sistemas de apoio, 5 - sistemas logísticos, 6 - sistema de governança e 7 - modelo de atenção à saúde.

Este sistema de pontuação permite verificar o estágio de desenvolvimento da rede de atenção, de acordo com a explicação presente na metodologia. Para cada questão foi dada uma resposta com um valor que variou de 0 a 3, sendo:

- 0 (zero): corresponde à não existência do que está sendo perguntado;
- 1 (um): existe o que está sendo perguntado, mas com um funcionamento básico ou incipiente;
- 2 (dois): existe o que está sendo perguntado, com um funcionamento razoavelmente bom, mas insuficiente;
- 3 (três): corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Após a aplicação, foi feita a soma do total de pontos alcançados pelos funcionários de cada unidade e assim foi possível gerar a classificação de cada uma.

A soma alcançada por cada unidade variou de acordo com a quantidade de profissionais que responderam o questionário. Ex: A unidade que teve a participação de 03 profissionais alcançaria no máximo 288 pontos (96x3), a que participaram 04, alcançariam 384 pontos, a que participaram 05, alcançariam 480 pontos e a que participaram 06 profissionais, alcançariam 576 pontos. Esta proporcionalidade foi importante para gerar a classificação. O resultado final foi interpretado de acordo com o quadro abaixo.

Quadro 1: Pontuação, Capacidade e Classificação/por profissional.

Valores de Mensuração		Capacidade para operar	Classificação como Rede
07 Q	02 Q	como Rede de Atenção	de Atenção à Saúde
0 a 130 Total	(0 a 28) Parcial	Incapacidade para a operação de RAS.	Rede de atenção inexistente - Sistema Fragmentado.
131 a 260 Total	(29 a 48) Parcial	Capacidade básica para operar RAS.	Rede de atenção básica - Sistema Incipiente.
261 a 390 Total	(49 a 70) Parcial	Capacidade boa para operar RAS.	Rede de atenção boa - Sistema Avançado.
391 a 522 Total	(71 a 96) Parcial	Capacidade ótima para operar RAS.	Rede de atenção ótima - Sistema Integrado.

A versão adaptada foi composta por questões que medem apenas as duas primeiras dimensões: Componente Populacional (CP)-(Q. 01/14) e Atenção Primária à Saúde (APS)-(Q. 15/33). Estes dois componentes refletem todos os aspectos que envolvem e dão sustentabilidade às

ações de atenção primária e suas relações com os usuários. Questões como: definição de população adscrita por unidades, determinação das diferenças de necessidades destas comunidades, a determinação da territorialização sanitária, a caracterização dos vários perfis da população e a elaboração de um plano diretor fazem parte do primeiro componente. Enquanto que questões sobre as responsabilidades das APS, a clareza do papel profissional, a importância da formação de equipe multiprofissional, os programas de incentivos e as articulações e interações entre as equipes estão presentes no segundo componente.

O questionário foi aplicado aos profissionais de enfermagem presentes nestas unidades no mês de novembro de 2013 e dezembro de 2014. A partir do momento que todos responderam, foram feitas as considerações destas respostas, seguindo a orientação prevista no protocolo.

Em primeiro lugar, somaram-se os pontos individuais alcançados por cada profissional, buscando uma análise quantitativa, lembrando que o total máximo a ser alcançado por esta somatória foi 96 pontos. Este valor foi gerado pela proporcionalidade estatística comparada a tabela inicial que prevê 522 pontos, já que os profissionais responderam apenas dois componentes de questionários, de um total de sete.

A partir da análise quantitativa, foi feita uma busca mais detalhada, selecionando-se todos os escores inferiores a 3, mais especialmente os valores 0 e 1 (que indicam áreas críticas de desempenho). Fato que desestrutura a integralização horizontal. De acordo com Mendes⁶, a dimensão ou integralização horizontal é um dos fundamentos das RAS e se dá com o objetivo de adensar a cadeia produtiva e, assim, obter maior eficiência e competitividade. Essa integralização ocorre a partir das alianças e estratégias entre as unidades.

Essa avaliação estava orientada a prover aos gestores e aos profissionais de saúde, um diagnóstico do estágio em que se encontra o Sistema de Rede de Atenção do Município.

Resultados e discussão

Tabela 1 – Classificação das Unidades de acordo com a soma dos pontos alcançados por todos os profissionais a elas pertencentes.

Classificação	Dimensão I			Dimensão II			Geral	Mx	
	Enf / Téc	Total/1		Enf / Téc	Total/2				
Macro I	70	128	198	66	114	180	378	576	Avançado
Macro II	68	109	177	73	105	178	355	576	Avançado
Macro III	50	120	170	42	120	162	332	576	Avançado
Macro IV	52	83	135	50	65	115	250	480	Avançado
UBS - S. Covas	18	56	74	14	45	59	133	288	Incipiente
UBS - Tóquio	32	65	97	28	36	64	161	288	Avançado
UBS - Tropical	15	20	35	14	22	36	71	288	Fragmentado
UBS - C. Jardim	40	55	95	47	40	87	182	288	Avançado
UBS - Del Rey	35	60	95	30	54	84	179	288	Avançado

A Tabela 1 apresenta a classificação das unidades a partir da soma das notas das duas dimensões, de todos os profissionais, de cada unidade, independente da função executada na unidade. Os resultados apresentados de uma forma geral podem ser considerados bons, pois mostram apenas duas unidades com classificação muito ruim, incipiente e fragmentada respectivamente.

A UBS Silvia Covas foi classificada como unidade com capacidade básica para operar como RAS (133 de um total de 288 pontos possíveis), portanto, apresenta uma rede básica de atendimento, sistema considerado incipiente.

A UBS Jardim Tropical foi classificada como unidade incapaz de operar como RAS (71 de um total de 288 pontos possíveis), portanto, se apresenta como uma rede inexistente, sistema considerado fragmentado.

Esta classificação é muito preocupante de uma forma geral, mas, principalmente quando consideramos a UBS Jardim Tropical, pois os valores alcançados por seus profissionais (71/288) foram muito baixos (24,6% dos pontos), já a UBS Silvia Covas apesar de ter uma classificação também ruim, seus números (133/288), ou seja, 46,10% dos pontos. Esses números foram mais elevados, e próximos do limite para que a unidade pudesse ser classificada como unidade com capacidade avançada.

As outras três UBS (Vila Tóquio, Cidade Jardim e Jardim Del Rey), apresentaram uma capacidade ótima para operar como RAS, assim, foram classificadas como sistemas avançados de atendimento. Destaca-se entre as três, a unidade Macro I, que obteve valores bastante altos (378 de um total de 576) acima de 65% dos pontos.

Quando analisamos o número de pontos obtidos pelas unidades, considerando as dimensões I e II, percebe-se que, apesar dos valores de diferença entre as duas não serem muito grandes, a maior quantidade de pontos obtidos pelas unidades, foi a partir das questões da dimensão I. É bastante interessante esses dados, pois estes resultados aproximam estes profissionais e estas unidades da sua comunidade, já que suas questões tratam basicamente de conteúdos que favorecem a relação destes profissionais com esta população. Itens importantes como identificação e territorialização, e principalmente a caracterização dos perfis da população fazem parte integrante desta dimensão, e a proximidade destes profissionais com esta linha de atenção, facilita e aperfeiçoa esta relação.

Chama à atenção nesta tabela (Dimensão I) a quantidade de pontos alcançada pela unidade Macro I, com 198 pontos de um total de 288 possíveis, ou seja, 68,75% dos pontos. Os números mostram também um equilíbrio grande da pontuação entre os profissionais, distribuída de forma homogênea entre enfermeiros e técnicos de enfermagem.

Tabela 2 – Classificação das Unidades de Saúde de acordo com pontos alcançados pelos profissionais (Enfermeiros).

Classificação	Dimensão I		Dimensão II		
	Enfermagem	Enfermagem	Total	Mx	
Macro I	70	66	136	192	Avançado
Macro II	68	73	141	192	Integrado
Macro III	50	42	92	192	Incipiente
Macro IV	52	50	102	192	Avançado
UBS - S. Covas	18	14	32	96	Incipiente
UBS - Tóquio	32	28	60	96	Avançado
UBS - Tropical	15	14	29	96	Incipiente
UBS - C. Jardim	40	47	87	96	Integrado
UBS - Del Rey	35	30	65	96	Avançado

A Tabela 2 considera apenas os resultados obtidos pela soma de pontos dos profissionais enfermeiros. Podemos observar que nesta tabela repetem-se as unidades anteriores (UBS Silvia Covas e UBS Jardim Tropical) com resultados ruins, ambas com capacidades incipientes, e aparece uma nova unidade (Macro III), que se integra a este grupo. A unidade Macro III aparece agora como unidade de capacidade incipiente, ou seja, unidade com capacidade básica para operar como RAS. Seus valores (92 de um total de 192), ou seja, 47,9% dos pontos. Não são aparentemente muito baixos, quando comparados com os valores das outras unidades, mas mesmo assim a classifica como incipiente.

Já as outras duas unidades voltam a aparecer com valores muito baixos, sendo que a UBS do Jardim Tropical, com valores em torno de 30% dos pontos (29 de um total de 96). Junto a ela aparece a UBS do Silvia Covas com valores em torno de 33% dos pontos (32 de um total de 96).

Das unidades com valores altos de pontos alcançados, quem se destaca são as unidades Macro I, e a Macro II, ambas com valores próximos de 73,4% dos pontos, e principalmente a UBS da Cidade Jardim com 90,62% de pontos, ou seja, (87 de um total de 96). Este fato demonstra uma alta qualidade na integração e percepção dos enfermeiros que fazem parte da unidade, e uma boa qualificação de seus serviços.

Quando analisamos as dimensões isoladamente, notamos novamente uma prevalência de maior obtenção de pontos na dimensão I, mas agora com valores muito pequenos de diferença, menos de 5% dos pontos entre as dimensões. Chama a atenção apenas o valor muito alto alcançado pela UBS Cidade Jardim que além apresentar um valor alto na dimensão I, 83,33 dos pontos (40 de um total de 48), apresentou na dimensão II um valor próximo de 97,9% dos pontos, ou seja, (47 pontos de um total de 48).

Tabela 3 – Classificação das Unidades de Saúde de acordo com pontos alcançados pelos profissionais (Técnicos de Enfermagem).

Classificação	Dimensão I		Dimensão II		
	Técnico	Técnico	Total	Mx	
Macro I	128	114	242	384	Avançado
Macro II	109	105	214	384	Avançado
Macro III	120	120	240	384	Avançado
Macro IV	83	65	148	288	Incipiente
UBS - S. Covas	56	45	101	192	Avançado
UBS - Tóquio	65	36	101	192	Avançado
UBS - Tropical	20	22	42	192	Fragmentado
UBS - C. Jardim	55	40	95	192	Incipiente
UBS - Del Rey	60	54	114	192	Avançado

A Tabela 3 traz os resultados considerando as notas alcançadas pelos profissionais técnicos de enfermagem. Neste quadro a situação não muda muito, pois três unidades, Macro IV, UBS da Cidade Jardim e UBS do Jardim Tropical, se apresentam com qualificação ruim. As duas primeiras como incipiente, ou com capacidade básica para operar como rede de atenção e a última como fragmentada, ou incapacidade para operar como rede de atenção, respectivamente.

Os números mais uma vez não foram tão baixos, 51,38% dos pontos, da unidade Macro IV, ou seja, (148 de um total de 288), não são tão ruins, mas, de qualquer forma não permite mudar de classificação. Já o número de pontos alcançados pela UBS do Jardim Tropical foi baixíssimo 21,87% dos pontos (42 de um total de 192), valor que mostra o quanto a unidade é frágil, e repete-se em outras tabelas já analisadas, o que mostra esta fragilidade em toda a sua composição.

O surpreendente desta tabela e análise, são os valores alcançados pela unidade UBS da Cidade Jardim, 49,47% dos pontos, ou seja, (95 de um total de 192). Torna-se surpreendente pelo fato de que em outras tabelas, esteve à frente das outras unidades.

Nesta tabela apresenta uma surpresa agradável, que são os valores alcançados pela unidade UBS do Jardim Del Rey, não só há classifica como unidade avançada, mas com valores bastante interessantes 59,37% dos pontos (114 de um total de 192).

Quando analisamos os valores obtidos pelas unidades considerando as dimensões I e II, mais uma vez a dimensão I proporcionou um número de pontos superior, e novamente com valores próximos de 5% de diferença entre as dimensões. Este fato nos mostra que a maioria dos profissionais avaliados, independente da qualificação profissional, percebem em suas unidades, a presença grande dos princípios que caracterizam o componente populacional, e identificam como presentes e atuantes.

Experiências obtidas por três municípios brasileiros em relação à estratégia saúde da família (ESF) e a atenção ao idoso revelaram também o desconhecimento dos profissionais da APS

acerca de vários pontos de atenção da rede, o que além de comprometer a resolubilidade da atenção primária, produz desgaste neles, que solitariamente por vezes se incumbem de contornar os problemas de um sistema de saúde fragmentado¹³.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados alcançados e da classificação obtida pela maioria das unidades, podemos concluir, que a Rede de Atenção à Saúde do Município de Penápolis, pode ser considerada, na perspectiva de seus profissionais de enfermagem, uma rede avançada e integralizada, portanto, eficiente como Rede de Atenção.

Esses dados mostram que os princípios avaliados (População e Atenção Primária), provavelmente, não são os fatores que geram a maioria das reclamações, pelo contrário, estes resultados evidenciam uma boa operancia dos programas que fundamentam as redes. Podemos afirmar que estes bons resultados afastam, em muito, estas unidades desta possibilidade, mesmo assim, não é garantido que às isentem de outros possíveis fatores geradores das reclamações.

Exceção deve ser feita a duas unidades: UBS - Silvia Covas e Jardim Tropical, que obtiveram uma classificação muito ruim em todas as análises, sendo classificadas como incipientes e fragmentadas, situação que pode justificar e expor estas unidades a estes e outros fatores que justificam as reclamações da população, além de mostrar uma clara inoperância destas unidades. Os motivos que podem justificar estes resultados ruins são: as unidades estarem à margem territorial do município, bairros muito pobres com suas comunidades também muito pobres e carentes, e ainda terem altos índices de criminalidade. Acreditamos que estes fatores dificultam esta operalização, pois inviabilizam investimentos de uma forma geral e ainda às distancia do poder público.

Como os principais fatores citados pela população como causadores destas reclamações, tempo excessivo de espera, falta de qualidade no atendimento e falta de profissionais, são princípios importantes e que fundamentam as redes de atenção, torna-se necessário encontrar outra metodologia, para que possamos verificar o conhecimento destes profissionais sobre estes princípios e consigamos talvez encontrar neste resultado a saída para resolver esta situação e, conseqüentemente, melhorar o atendimento nas RAS de Penápolis.

REFERÊNCIAS

1. Backes, D.S. O papel do profissional enfermeiro no Sistema Único de Saúde: da saúde comunitária à estratégia de saúde da família. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*, vol.17 n.1, Rio de Janeiro; Jan. 2012.
2. Maurer FA, Smith CM. *Community/Public Health Nursing Practice: Health for Families and Populations*. 3ª ed. St. Louis: Elsevier Saunders; 2005.
3. Matumoto S, Mishima SM, Pinto IC. Collective health: a challenge for nursing. *Caderno de Saúde Pública* 2001; 17(1): 233-241.
4. BRASIL. Constituição: Artigo 198 da Constituição Federal de 1988.
5. BRASIL. Leis etc. n. 8.080, de 19 de setembro de 1990: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Sec. I, Brasília, 19 de set. 1990. p. 18055-9.
6. Mendes, EV. *As redes de atenção à saúde*. 2ª edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
7. Martinho, C. *Redes, uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto organização*. Brasília: WWF, 2003.
8. Portaria N. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 – Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS).
9. *Redes de Atenção à Saúde no SUS*, IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado (2008).
10. Mendes, E.V. *Os grandes dilemas do SUS*: Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p. t.1.
11. Ito, Elaine Emi; Peres, Aina Maris; Takahashi, Regina Toshie; Leite, Maria Madalena Januário. "O ensino de enfermagem e as diretrizes curriculares nacionais: utopia x realidade". In: *Revista Escola de Enfermagem USP* 2006: v. 40 (4): 570 - 575.
12. Mance, E.A. *A Revolução das Redes – A colaboração Solidária como uma Alternativa Pós-Capitalista à Globalização atual*. CEPAT – *Informa*. Curitiba, n. 46, p. 10-19, dez. 1998.
13. Motta LB, Aguiar AC, Caldas CP. *Estratégia Saúde da Família e a atenção ao idoso: Exemplo em três municípios Brasileiros*. *Cad. Saúde Pública* 2011; 27 (4):779 – 786.

5 CONCLUSÃO

Foi importante e significativo o desenvolvimento deste trabalho, pois através dele pudemos verificar que diferente do que considerava a hipótese, a maioria dos profissionais que participaram do trabalho, identificam em suas unidades, os fundamentos que dão sustentabilidade aos programas de redes de atenção à saúde, fato que promoveu a classificação da maioria delas, como redes de atenção avançadas e integralizadas. Apenas duas, das nove unidades, ficaram classificadas como incipientes e fragmentadas. Estes resultados mostram o conceito de rede, orientando a maioria das ações das RAS do município.

O trabalho apresentou números que mostram que além da percepção destes princípios nas unidades, é imperativo o conhecimento por parte dos profissionais sobre as bases que fundamentam os programas das RAS. Foi através da conjugação destes fatores e destes números apresentados, que foi possível identificar e diferenciar, uma provável diferença na qualidade dos atendimentos entre as UBS e Macros.

Portanto, fica claro que as motivações que propiciam as reclamações e o retorno de algumas epidemias anteriormente controladas, fatos que geram insatisfações muito grandes na população, provavelmente não estão relacionados com estes princípios avaliados. Outros motivos podem estar ocasionando estes problemas de ordem pública e que devem ser averiguados.

Também foi possível através destes números, perceber uma maior pontuação obtida pelas unidades nos itens da dimensão I (componente populacional), em contra partida da dimensão II (componente Atenção Primária a Saúde), fato que nos permite dar continuidade ao trabalho e buscar saber o porquê destes resultados, e talvez tentar buscar nesta resposta, explicação para as reclamações da comunidade.

De qualquer forma, é importante e relevante os resultados deste trabalho, para o cenário municipal e principalmente para a secretaria de saúde do município, pois já com os dados desta investigação, é possível melhorar as condições de funcionamento e atendimento das unidades consideradas fragmentadas.

6 REFERÊNCIAS

- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Constituição: **Artigo 198 da Constituição Federal do Brasil de 1988**.
- BRASIL. **Leis etc. n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**: dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, organização e o funcionamento dos serviços

correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Sec. I, Brasília, 19 de set. 1990. p. 18055-9.

- BRASIL. **Lei n. 8.142, de 28 de dezembro de 1990**: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Sec. I, Brasília, 28 de dez. 1990. 169º da Independência e 102º da República.

- CASTELL, M. **Fluxos, redes e identidades**: uma teoria crítica da sociedade informacional. In: Castell M, et al. (org.). *Novas perspectivas críticas em educação*. Tradução de Acunha J. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

- COHN, A. **Caminhos da Reforma Sanitária**. Revista Lua Nova: Revista de Cultura e Política. São Paulo, 1989.

- **Conferência Nacional de Saúde**, 8ª. Brasília, 1996. Anais. Brasília: Centro de documentação do Ministério da Saúde, 1987.

- **Conferência das Nações Unidas Sobre Meio Ambiente e Desenvolvimento**: Relatório. Rio de Janeiro: Ministério das Relações Exteriores, 1992.

- Conselho Regional de Enfermagem. **História da Enfermagem no Brasil**. Rio de Janeiro, jul. 2005. Disponível em: <http://www.medicinaintensiva.com.br/enfermagem-historia.htm>

- Conselho Regional de Enfermagem. **Desenvolvimento da Educação em Enfermagem no Brasil (Século XIX)**. São Paulo, jul. 2005. Disponível em: <http://corensp.org.br/072005/>.

- DAWSON. **Relatório de Dawson em 1920**. Redes de Atenção à Saúde.

- LUZ, M. T.. **Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80**. PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva, São Paulo, v.1, n.1. 1991.

- MANCE, E.A. **A Revolução das Redes – A colaboração Solidária como uma Alternativa Pós-Capitalista à Globalização atual**. CEPAT – *Informa*. Curitiba, n. 46, p. 10-19, dez. 1998.

- MARTINHO, C. **Redes, uma introdução às dinâmicas da conectividade e da auto organização**. Brasília: WWF, 2003.

- MENDES, A. **Financiamento, gasto e gestão do Sistema Único de Saúde (SUS): a gestão descentralizada semiplena e plena do sistema municipal no Estado de São Paulo (1995-2001)**. 2005. Tese (Doutorado em Ciências Econômicas) - Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2005.

- MENDES, EV. **As redes de atenção à saúde**. 2ª edição, Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.
- MENDES, E.V. **Os grandes dilemas do SUS**: Salvador: Casa da Qualidade, 2001. 144p. t.1.
- MENDES, EV. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.
- Portaria N. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010 – **Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do sistema único de saúde (SUS)**.
- **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sundsval e Santa Fé de Bogotá. Tradução de Fonseca LE. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. (Originais publicados pela Organização Mundial de Saúde).
- **Redes de Atenção à Saúde no SUS**, IDISA – Instituto de Direito Sanitário Aplicado (2008).
- SCLiar, Moacyr. **Do mágico ao social: a trajetória da Saúde Pública**, Porto Alegre, L&PM Editores, 1987.
- WESTPHAL M.F, ZIGLIO E. **Políticas Públicas e investimentos**: a intersectorialidade. In: Fundação Faria Lima – CEPAM. O município no século XXI: cenários e perspectivas. São Paulo, 1999.p.111-21.

ANEXOS