

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
ESCOLA DE ENFERMAGEM

Angélica Mônica Andrade

**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Belo Horizonte - MG

2013

Angélica Mônica Andrade

**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE
PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais como requisito para obtenção do título de Mestre.

Área de concentração: Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Planejamento, Organização e Gestão de Serviços de Saúde e de Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria José Menezes Brito.

Belo Horizonte - MG

2013

Andrade, Angélica Mônica.
A553e Estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de
profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar [manuscrito]. /
Belo Horizonte. - - 2013.
150f.: il.
Orientador: Maria José Menezes Brito.
Área de concentração: Saúde e Enfermagem.
Dissertação (mestrado): Universidade Federal de Minas Gerais, Escola
de Enfermagem.

1. Assistência Integral à Saúde. 2. Integração de Sistemas. 3. Serviços
de Assistência Domiciliar. 4. Dissertações Acadêmicas. I. Brito, Maria
José Menezes. II. Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de
Enfermagem. III. Título

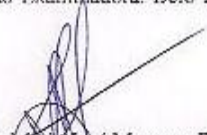
NLM : W 84.5

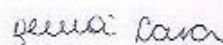
UFMG

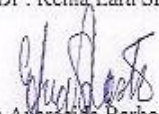
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COLEGIADO DE PÓS-GRADUAÇÃO/ESCOLA DE ENFERMAGEM
Av. Alfredo Balena, 190 - Sala 120 - Telefax: (031) 3409.9836
Caixa Postal: 1556 - CEP: 30.130-100
Belo Horizonte - Minas Gerais - Brasil
E-mail: colpgrad@enf.ufmg.br

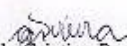
ATA DE NÚMERO 393 (TREZENTOS E NOVENTA E TRÊS) DA SESSÃO PÚBLICA DE ARGÜIÇÃO E DEFESA DA DISSERTAÇÃO APRESENTADA PELA CANDIDATA ANGÉLICA MÔNICA ANDRADE PARA OBTENÇÃO DO TÍTULO DE MESTRA EM ENFERMAGEM.

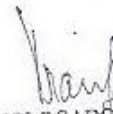
Aos 26 (vinte e seis) dias do mês de fevereiro de dois mil e treze, realizou-se no Anfiteatro da Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, a sessão pública para apresentação e defesa da dissertação "ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR", da aluna Angélica Mônica Andrade, candidata ao título de "Mestra em Enfermagem". A Comissão Examinadora foi constituída pelas seguintes professoras doutoras: Maria José Menezes Brito (orientadora), Kênia Lara Silva e Edna Aparecida Barbosa de Castro, sob a presidência da primeira. Os trabalhos iniciaram-se às 14:00 horas com apresentação oral da candidata, seguida de argüição pelos membros da Comissão Examinadora. Após avaliação, as examinadoras consideraram *Angélica Mônica Andrade, aprovada e apta a receber o título de mestra em enfermagem após a entrega da versão definitiva da dissertação*. Nada mais havendo a tratar, eu, Grazielle Cristine Pereira, Secretária do Colegiado de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, lavrei a presente Ata, que depois de lida e aprovada será assinada por mim e pelos membros da Comissão Examinadora. Belo Horizonte, 26 de fevereiro de 2013.


Prof. Dr.ª Maria José Menezes Brito
(orientadora)


Prof. Dr.ª Kênia Lara Silva


Prof. Dr.ª Edna Aparecida Barbosa de Castro


Grazielle Cristine Pereira
Secretária do Colegiado de Pós-Graduação


Prof. Dr. Francisco Carlos Félix Luna
Coordenador do Colegiado de Pós-Graduação
ESCOLA DE ENFERMAGEM/UFMG
HOMOLOGADO em reunião do CPG
Em 04/03/2013



***D
E
D
I
C
A
T
Ó
R
I
A***

Dedico este trabalho a todos os usuários e cuidadores da atenção domiciliar, especialmente aos que contribuíram com esta pesquisa me recebendo gentilmente em seus lares.

A G R A D E C I M E N T O S

AGRADECIMENTOS

Em todos os momentos de nossa vida devemos agradecer pelos obstáculos ultrapassados, as vitórias alcançadas e a vida que Deus nos concedeu.

Minha gratidão a Deus, por me guiar em meu caminho, dando-me saúde e sabedoria para poder realizar meus sonhos. A Nossa Senhora das Graças por me amparar em suas mãos e cuidar sempre de mim; Ao meu Anjo da Guarda por me proteger sempre.

À minha família, em especial, à minha mãezinha que tanto me incentivou e se alegrou com minhas conquistas e que com seu amor me ensinou, a cada dia, a ser uma pessoa melhor. Aos meus irmãos e irmã, cunhadas e cunhado, pela torcida e apoio. Aos meus sobrinhos lindos por compreenderem os momentos em que disse “daqui a pouco” e pelos momentos de alegria.

Ao meu noivo, Bruno, que tanto amo, pela compreensão e paciência nos momentos de ausência, pelo incentivo, apoio e torcida constante em minha trajetória acadêmica.

À Professora Maria José, pelos ensinamentos que ultrapassaram o campo acadêmico e por ser um exemplo de pesquisadora. Agradeço a receptividade, paciência e incentivo durante esta fase.

À Professora Kênia, pelas orientações durante a fase de construção do projeto de pesquisa, principalmente, que foram fundamentais para a realização deste estudo, e por compartilhar comigo o respeito pela atenção domiciliar.

Aos amigos e companheiros do mestrado em especial à Roberta, Beatriz, Gelmar, Letícia e Andréia pelos momentos de troca de experiências que enriqueceram este trabalho e por tornarem este período mais agradável.

Aos amigos e pesquisadores do NUPAE, em especial à professora Marília, à Livia, Meire, Hellen e Thays.

Às bolsistas de iniciação científica, em especial à Melissa que me ajudou na transcrição das entrevistas.

Aos mestres da FACENF – UFJF, onde começou minha formação acadêmica! Minha eterna gratidão e respeito! Em especial à Edna, Betânia, Kelli, Ieda e Cristina Arreguy que me impulsionaram a seguir o caminho da pesquisa.

À Professora Bernadete, também da UFJF, mestre exemplar, que me incentivou e direcionou para o caminho a ser perseguido.

À Vera que me acolheu em Belo Horizonte tornando a fase de adaptação mais suave e doce.

Aos mestres e funcionários da Escola de Enfermagem da UFMG pela contribuição e colaboração.

À Sônia por acreditar em mim e por me lembrar de que em momentos de turbulência a calma é necessária para encontrar possíveis caminhos! Muito obrigada!

Aos colegas, amigos e alunos da FAMINAS-BH. Obrigada por este ano de convivência e grande aprendizado.

À Viviane e Eliane, minhas queridas alunas, pela ajuda na transcrição das entrevistas, pela torcida e carinho.

Aos sujeitos da pesquisa que gentilmente contribuíram tornando este estudo uma realidade.

Ao CNPq pela bolsa concedida no primeiro ano do mestrado.

E a todos que me ajudaram e me apoiaram de diferentes formas... Muito obrigada!

A Vida do Viajante

*Minha vida é andar por este país
Pra ver se um dia descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras onde passei
Andando pelos sertões e dos amigos que lá deixei.
Chuva e sol, poeira e carvão
Longe de casa sigo o roteiro mais uma estação
E a saudade no coração
Minha vida é andar por este país
Pra ver se um dia descanso feliz
Guardando as recordações
Das terras onde passei
Andando pelos sertões e dos amigos que lá deixei.
Mar e terra, inverno e verão
Mostro o sorriso, mostro alegria, mas eu mesmo não
E alegria no coração!*

Luiz Gonzaga



RESUMO

ANDRADE, A. M. **Estruturação da Rede de Atenção à Saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar.** 2013. 150 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

Este estudo objetivou compreender a estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da atenção domiciliar do município de Ipatinga, Minas Gerais. Utilizou-se o estudo de caso qualitativo como caminho metodológico. O cenário foi composto pelo Programa de Internação Domiciliar vinculado a um hospital de Ipatinga. Foram sujeitos da investigação os profissionais de saúde deste serviço sendo um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um fisioterapeuta. Também foram sujeitos oito usuários desta modalidade de serviço com mais de 18 anos, de ambos os sexos, em acompanhamento pela equipe de atenção domiciliar. Em situações específicas, em que os usuários admitidos para a assistência domiciliar não tiveram condições de comunicar-se verbalmente foram incluídos cuidadores, perfazendo sete sujeitos nesta categoria. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista com roteiro semiestruturado e registro em diário de campo. Os dados das entrevistas foram gravados, transcritos e analisados por meio da técnica de análise de conteúdo temática, tendo emergido as seguintes categorias empíricas: “Estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município de Ipatinga: entre o real e o prescrito”; “O caminhar na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias de usuários e cuidadores da atenção domiciliar”; e “(Des)Articulação entre os serviços de saúde: desafios e oportunidades”. Os resultados apontaram contradições no que tange à estruturação da rede de atenção à saúde em Ipatinga, emergindo o distanciamento entre o prescrito e o real. Os trajetos percorridos pelos usuários e cuidadores em busca de atendimento à saúde foram ressaltados, evidenciando-se a necessidade de interdependência e complementaridade entre os serviços que compõem a rede de atenção à saúde com vistas a garantir a integralidade do cuidado. Também foram destacados aspectos relacionados aos desafios e oportunidades inerentes à articulação em rede. Entre os desafios destacaram-se a dificuldade de articulação com a atenção primária; desresponsabilização dos serviços e profissionais pelo usuário; deficiência de comunicação entre os serviços; desequilíbrio entre demanda e oferta; e práticas gerenciais em serviços de saúde. Entre as oportunidades, evidenciaram-se práticas de referência e contrarreferência, integração com outros serviços por meio de contato telefônico, emissão de relatórios de alta e práticas de intersetorialidade. Considera-se que a atenção domiciliar representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde. Ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos da rede de atenção à saúde.

Palavras-chave: Assistência Integral à Saúde. Integração de Sistemas. Serviços de Assistência Domiciliar.

ABSTRACT

ANDRADE, A. M. **Structuring Health Care Network from the perspective of professionals, caregivers and users of home care.** 2013. 150 f. Dissertation (Master's in Nursing) - School of Nursing, University of Minas Gerais, Belo Horizonte, 2013.

This study aimed to understand the structure of the network of health care from the perspective of professionals, caregivers and users of home care in the city of Ipatinga, Minas Gerais. We used the qualitative case study as a methodological way. The scenario was composed by home care program bound to a hospital in Ipatinga. The subjects of the investigation healthcare professionals of this service being a nurse, a doctor, a nurse technician and a physiotherapist. Subjects were also eight users of this type of service over 18 years, of both sexes, being assisted by the home care team. In specific situations, where users admitted to home care were not able to communicate verbally caregivers were included, totaling seven subjects in this category. Data collection was conducted through interviews with semi-structured and journaling field. Data from the interviews were recorded, transcribed and analyzed using the technique of thematic content analysis, having emerged the following empirical categories: "Structuring the Network of Health Care in the city of Ipatinga, between the real and the prescribed"; "The walk Network Health Care: trajectories of users and caregivers of home care" and "(Des)Linking health services: challenges and opportunities". The results showed contradictions regarding the structure of the network of health care in Ipatinga, the emerging gap between the prescribed and actual. The paths traveled by users and caregivers seeking health care were highlighted, demonstrating the need for interdependence and complementarity between the services that make up the network of health care in order to ensure comprehensive care. Were also highlighted issues related to the challenges and opportunities inherent in networking. Among the challenges highlighted the difficulty of linkage with primary care services and unaccountability professional user; deficiency of communication between departments; imbalance between demand and supply, and management practices in health services. Among the opportunities, showed up practical reference and counter, integration with other services through telephone contact, reporting practices and high intersectionality. It is considered that home care is an important space in the reorganization of health work and the reorganization of health care. It is noteworthy that involvement initiatives, coordination, interaction and integration with other health services are primary reasons for reaching the assumptions of the network of health care.

Keywords: Comprehensive Health Care. Systems Integration. Home Care Services.

**L
I
S
T
A**

**D
E**

**I
L
U
S
T
R
A
Ç
Õ
E
S**

Figura 1	-	Esquema da relação entre as diferentes modalidades na atenção domiciliar.....	30
Quadro 1	-	Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar.....	32
Figura 2	-	Representação da localização do Município de Ipatinga em Minas Gerais.....	39
Quadro 2	-	Características dos usuários referentes à internação domiciliar, Ipatinga, Minas Gerais, 2012.....	52
Figura 3	-	Representação dos locais de moradia dos usuários e cuidadores entrevistados.....	56

**L
I
S
T
A**

**D
E**

**T
A
B
E
L
A
S**

Tabela 1	-	Frequência do estado civil dos usuários e cuidadores entrevistados.....	53
Tabela 2	-	Escolaridade dos usuários e cuidadores entrevistados.....	54
Tabela 3	-	Profissão dos usuários e cuidadores entrevistados.....	54
Tabela 4	-	Atendimento anterior pelo PID.....	55

L

I

S

T

A

D

E

S

I

G

L

A

S

AD	-	Atenção Domiciliar
APS	-	Atenção Primária à Saúde
AVC	-	Acidente Vascular Cerebral
CONASEMS	-	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	-	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DPOC	-	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
EMAD	-	Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar
EMAP	-	Equipes Multiprofissionais de Apoio
ESF	-	Estratégia de Saúde da Família
HMI	-	Hospital Municipal de Ipatinga
INAMPS	-	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
PACS	-	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PID	-	Programa de Internação Domiciliar
PSF	-	Programa Saúde da Família
RAS	-	Rede de Atenção à Saúde
SAD	-	Serviços de Atenção Domiciliar
SAMU	-	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SUS	-	Sistema Único de Saúde
TRM	-	Traumatismo Raquimedular
UAPS	-	Unidades de Atenção Primária à Saúde

S U M Á R I O

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS.....	18
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REVISÃO DE LITERATURA.....	20
3.1	Rede de atenção à saúde: uma necessidade crescente no cenário brasileiro.....	21
3.2	A atenção domiciliar como estratégia de assistência à saúde.....	29
3.2.1	Alguns conceitos e definições sobre Atenção Domiciliar.....	29
3.2.2	Legislação brasileira sobre Atenção Domiciliar.....	31
4	METODOLOGIA	35
4.1	Caracterização do estudo.....	36
4.2	Cenário do estudo.....	38
4.3	Sujeitos do estudo.....	41
4.4	Coleta de dados.....	43
4.5	Análise dos dados.....	45
4.6	Aspectos éticos.....	47
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	48
5.1	Estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município de Ipatinga: entre o real e o prescrito.....	66
5.2	O caminhar na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias de usuários e cuidadores da atenção domiciliar.....	81
5.3	(Des)Articulação entre os serviços de saúde: desafios e oportunidades.....	96
5.3.1	Desafios para a articulação entre os serviços de saúde.....	97
5.5.2	Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde.....	113
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	122
	REFERÊNCIAS.....	127
	APÊNDICES.....	143
	ANEXOS.....	148



INTRODUÇÃO

Quero, um dia, poder dizer às pessoas que nada foi em vão... que o amor existe, que vale a pena se doar às amizades e às pessoas, que a vida é bela sim, e que eu sempre dei o melhor de mim... e que valeu a pena! (Mário Quintana)

1 INTRODUÇÃO

O usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) vivencia um cotidiano de incertezas no que concerne ao acesso à saúde. Apesar da diversidade de ações propostas para a melhoria da qualidade de vida das pessoas, nos encontramos, ainda, com novas demandas assistenciais decorrentes, entre outros aspectos, do surgimento de novas patologias, de novos recursos e abordagens terapêuticas. Neste sentido, predominam dificuldades para a organização do SUS limitando o alcance da integralidade como um princípio, sendo este referente à integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, em todos pontos de atenção à saúde (KANTORSKI *et al.*, 2006).

No Brasil, fatores associados à transição demográfica e epidemiológica iniciadas no século XX são fundamentais para a compreensão da atual configuração dos serviços de saúde e dos desafios para sua gestão. Tais transições têm ocasionado o aumento de demanda na área da saúde, o que decorre do rápido envelhecimento populacional acrescido da tripla carga de doenças - doenças infecto-parasitárias e desnutrição; doenças crônicas e causas externas (BARRETO; CARMO, 2007).

Deparamo-nos, assim, com a elevação do número de internações hospitalares, superlotação e insuficiência de leitos disponíveis, além do aumento do risco de infecção, o que acarreta em sobrecarga no sistema de saúde (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2011). Ressalta-se que este cenário traz a “necessidade de ampliação do foco da atenção para o manejo das condições crônicas, mas atendendo, concomitantemente, as condições agudas” (BRASIL, 2010, p.3).

O modelo de atenção à saúde no Brasil estruturado pelo SUS está organizado por meio de uma rede hierarquizada classificada segundo os níveis de atenção primário, secundário e terciário visando o atendimento integral da população (BRASIL, 2006a). A figura clássica que representa esta estruturação é uma pirâmide em que o sistema de saúde é considerado fragmentado seguindo uma estrutura hierárquica “definida por níveis de ‘complexidades’ crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis” (MENDES, 2011, p. 50). O sistema fragmentado de atenção à saúde caracteriza-se, portanto, como estruturas rígidas em que predomina a desarticulação entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário à saúde.

Na contemporaneidade, o modelo de Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem se configurado como uma importante estratégia para a superação de um modelo de atenção à saúde pautado na fragmentação da assistência e gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2010). A RAS objetiva aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência (MENDES, 2011).

Nesse sentido, o modelo de rede de atenção à saúde é conceituado como “um conjunto de unidades, de diferentes funções e perfis de atendimento, que operam de forma ordenada e articulada no território, de modo a atender às necessidades de saúde de uma população” (KUSCHNIR *et al.*, 2011, p. 123).

Para a sua efetivação torna-se necessária, portanto, a superação do atual modelo de atenção à saúde no SUS. Assim, a integração entre os diferentes pontos de atenção é imprescindível para assegurar a efetivação dos princípios doutrinários que regem o SUS tornando-se relevante para a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades de saúde dos usuários.

Surge, então, a necessidade de novas estratégias e mecanismos para o cuidado em saúde, com a emergência e ampliação de espaços inovadores de cuidado, como a atenção domiciliar (AD) à saúde (SILVA *et al.*, 2010). Esta modalidade de assistência é composta por serviços substitutivos ou complementares à internação hospitalar ou atendimento ambulatorial, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, “com a garantia de continuidade de cuidados e integrada à rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2011a, p.1).

A AD representa uma possibilidade de atenção, pois propicia um cuidado individualizado, usuário-centrado, restaurador ou confortador e contextualizado com a realidade do sujeito, reaproximando-o aos seus familiares e pessoas que para ele são significativas, sendo capaz de proporcionar a possibilidade de recuperação da condição de saúde do usuário em um espaço de cuidado sob seu domínio (FAVERO; MAZZA; LACERDA, 2011).

A AD à saúde envolve todos os pontos de atenção à saúde possuindo como objetivo a “reorganização do processo de trabalho das equipes que prestam cuidado domiciliar na atenção básica, ambulatorial e hospitalar” de modo a possibilitar a redução da demanda por atendimento hospitalar, a redução do período de internação, a humanização do cuidado, a desinstitucionalização e o aumento da autonomia dos usuários (BRASIL, 2011a, p.1). Para tanto, torna-se necessário que os profissionais destes serviços se articulem para implementar

ações que facilitem a reabilitação e permitam a recuperação do estado de saúde do indivíduo (MARTINS, 2006).

Desta forma, a articulação entre os serviços de AD e os demais serviços de saúde torna-se uma necessidade iminente na perspectiva de trabalho em rede de atenção, tendo em vista a continuidade e responsabilização assistencial em saúde. Reforça-se, pois, que os serviços de AD “constituem parte da rede de cuidados, com potencial para contribuir para a continuidade e a integralidade da assistência” (SILVA *et al.*, 2010, p. 173). Neste sentido, os serviços de AD devem ser estruturados “de forma articulada e integrada aos outros componentes da Rede de Atenção à Saúde” (BRASIL, 2011a, p.1). Porém, ressalta-se que “O desafio do sistema público brasileiro está em integrar a AD com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família” (MENDES, 2001, p. 128).

Mediante o exposto, a integração e a articulação entre os serviços são fundamentos primordiais para a estruturação e efetivação da rede de atenção à saúde (RANDOW *et al.*, 2011). Entretanto, estudos apontam que ainda existe uma desarticulação dos serviços de AD na rede, reduzindo as potencialidades dos tipos de cuidado domiciliar e dificultando seu caráter substitutivo do modelo de atenção (CARVALHO; CHAGAS; PONTES, 2005; SENA *et al.*, 2007; SILVA *et al.*, 2010; RABELLO; RODRIGUES, 2010).

Reforça-se que para que o sistema de saúde torne-se eficaz, eficiente e de qualidade, considera-se imprescindível a cooperação entre os diferentes atores envolvidos nos diferentes pontos assistenciais (KEBER, 2007).

Nesse sentido, a desarticulação entre os serviços da rede de atenção à saúde geram desafios para a efetivação dos princípios do SUS, em especial, da integralidade. No que diz respeito à AD, percebe-se que os desafios podem ser minimizados mediante às práticas das equipes multiprofissionais que atuam neste serviço. Portanto, para que a articulação em rede de atenção se configure de maneira efetiva, acredita-se que seja necessário que os profissionais de saúde que atuam nos serviços de AD compreendam a rede de atenção à saúde e estabeleçam práticas que favoreçam tal integração.

Nessa perspectiva, este estudo busca encontrar respostas para os seguintes questionamentos: como os profissionais de saúde que atuam em serviço de AD compreendem a estruturação da rede de atenção à saúde? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais para propiciar a articulação da AD com os demais serviços da rede de atenção à saúde?

Não obstante, o entendimento dos usuários deste serviço também é relevante para a efetivação da RAS. A centralidade no usuário, especialmente a partir de suas trajetórias, permite uma análise pautada na realidade, observando, pois, a real estruturação da rede de

atenção à saúde. Segundo Souza (2012, p. 7), considerar a trajetória de usuários nos serviços de saúde

tem alto potencial na análise do funcionamento da rede de atenção à saúde e demonstra a diferença entre a visão idealizada da gestão e os limites encontrados pelos usuários na operacionalização real do sistema.

Nesse sentido, é fundamental considerar a perspectiva dos usuários na conformação da rede de atenção à saúde (RANDOW *et al.*, 2011). Torna-se relevante, portanto, ainda questionar: Como os usuários cadastrados no PID de Ipatinga compreendem e vivenciam a estruturação da rede de atenção à saúde? Quais são os caminhos percorridos pelos usuários na RAS?

O interesse pelo estudo justifica-se, devido a relevância da AD para a rede de atenção à saúde. Ademais, apresenta-se aqui uma possível compreensão de oportunidades de integração dos serviços de diferentes pontos de atenção à saúde e as estratégias estabelecidas entre profissionais tendo como alicerce o princípio da integralidade da política de saúde vigente.



OBJETIVOS

“Se as coisas são inatingíveis... ora! Não é motivo para não querê-las... Que tristes os caminhos, se não fora a mágica presença das estrelas”. (Mário Quintana)

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Compreender a estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar do município de Ipatinga, Minas Gerais.

2.2 Objetivos Específicos

- Conhecer a inserção da Atenção Domiciliar na rede de atenção à saúde na visão de profissionais, usuários e cuidadores.
- Conhecer os caminhos percorridos na rede de atenção à saúde pelos usuários e cuidadores da Atenção Domiciliar.
- Conhecer as práticas cotidianas adotadas por profissionais para viabilizar a articulação da atenção domiciliar com os demais serviços da rede de atenção à saúde.
- Identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a articulação da atenção domiciliar com os demais pontos de atenção à saúde da rede.



REVISÃO DE LITERATURA

A mudança não é um trabalho exclusivo de alguns homens, mas dos homens que as escolhem. (Paulo Freire)

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Rede de atenção à saúde: uma necessidade crescente no cenário brasileiro

☉ Sistema Único de Saúde foi idealizado no Brasil a partir de discussões da Reforma Sanitária, iniciada nas décadas de 70 e 80, do século XX. O resultado destas se concretiza no plano do direito com a Constituição de 1988 quando se define em seu artigo 196, que a saúde é um direito do todos e dever do Estado assegurá-la. Na perspectiva de política de Estado, o SUS é regulamentado por meio da lei 8080/90, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1988; BRASIL, 1990).

Os princípios norteadores do SUS foram estabelecidos de forma a contemplar as condições da saúde nacional. Dentre esses princípios, os doutrinários são aqueles que descrevem de forma abrangente o tipo de sistema de saúde pretendido no Brasil, compreendendo a integralidade, a universalidade e a equidade (BRASIL, 1990).

Uma primeira aproximação com termo integralidade, no Brasil, surge no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, descrito como “atendimento integral” à saúde (MATTOS, 2001). Surge, pois, um sentido para integralidade enquanto um princípio do SUS, sendo referente à integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diferentes serviços de atenção à saúde (KANTORSKI *et al.*, 2006).

Ressaltam-se, também, as diretrizes organizativas que regem o sistema de saúde de descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado na configuração atual do modelo de atenção à saúde (BRASIL, 1990).

O princípio de hierarquização diz respeito à atual estruturação do Sistema Único de Saúde por meio de uma rede classificada segundo os níveis de atenção primário, secundário e terciário representa a lógica de organização desse sistema. Nessa perspectiva, a rede primária de atenção está incorporada estrategicamente como porta de entrada de um sistema mais amplo que obedeça a uma hierarquia tecnológica de assistência à saúde (MERHY; QUEIROZ, 1993). As instituições que detiverem maior grau de complexidade tecnológica constituem-se como retaguardas para completarem a resolução dos problemas de saúde.

A figura clássica que representa essa estruturação é uma pirâmide que foi utilizada durante muitos anos para representar o modelo assistencial almejado com a implantação do

SUS. Representativamente, a atenção primária à saúde (APS) estaria localizada na base da pirâmide na perspectiva de porta de entrada para os demais níveis de atenção. Na parte intermediária, os serviços que compõem a atenção secundária, entre eles: os serviços ambulatoriais, serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, alguns serviços de atendimento de urgência e emergência e os hospitais gerais. E por fim, no topo da pirâmide os serviços hospitalares de maior complexidade tecnológica.

Esta concepção de um sistema de saúde piramidal representa um sistema de saúde fragmentado que segue uma estrutura hierárquica “definida por níveis de “complexidades” crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis” (MENDES, 2011, p. 50). O sistema fragmentado de atenção à saúde caracteriza-se, portanto, como estruturas rígidas em que predomina a desarticulação entre os níveis de atenção primário, secundário e terciário à saúde. Assim, esse sistema se organiza por meio “de um conjunto de pontos de atenção à saúde, isolados e incomunicados uns dos outros, e que, por consequência, são incapazes de prestar uma atenção contínua à população” (MENDES, 2011, p. 50).

Essa lógica representa a tentativa de racionalização da assistência à saúde, com vistas a uma ordenação do fluxo de usuários, caracterizado como verticalizado, tanto de baixo para cima como de cima para baixo, direcionada pelos mecanismos de referência e contra-referência (CECÍLIO, 1997).

Nesse contexto, a fragmentação da atenção à saúde no Sistema de Saúde aparece como entrave para a oferta de um cuidado contínuo e integral à população. Além disso, em geral não há uma população adscrita, e não existe articulação entre os diferentes tipos de assistência, nem com sistemas de apoio e sistemas logísticos.

Tendo em vista o problema da fragmentação do sistema de saúde, a integração dos serviços aparece como atributo inerente às reformas das políticas públicas. Porém, na prática, isso ainda não se realizou e poucas são as iniciativas para o monitoramento e avaliação sistemática dos efeitos da integralidade no sistema de saúde, dada a complexidade deste “sistema sem muros” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

A fragmentação no campo da organização da atenção à saúde constitui-se como uma característica do sistema público de saúde brasileiro, marcado pela visão de uma estrutura hierárquica, definida por níveis de complexidade crescentes, e com relações de ordem e graus de importância entre os diferentes níveis. Esta visão apresenta sérios problemas teóricos e operacionais que impedem a articulação e integração entre os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Para Mendes (2011, p. 20; p. 50), tal concepção é considerada equivocada uma vez que abrangem serviços de saúde que são “reativos, não são capazes de ofertar uma atenção contínua, longitudinal e integral e funcionam com ineficiência, inefetividade e baixa qualidade” além de priorizarem “a atenção principal às condições e aos eventos agudos” em detrimento das condições crônicas, mesmo esta em crescimento.

Os sistemas fragmentados de atenção à saúde devem ser substituídos por “sistemas integrados, que se propõem a prestar uma atenção à saúde no lugar certo, no tempo certo, com qualidade certa, com o custo certo e com responsabilização sanitária e econômica por uma população adscrita” (MENDES, 2011, p.20).

Acrescenta-se a necessidade de o sistema de saúde ser organizado a partir do que seria mais importante para cada usuário, no sentido de oferecer a tecnologia certa, no espaço certo e na ocasião mais adequada. Para tanto, o sistema de saúde deveria ser pensado como um círculo, com múltiplas portas de entrada localizadas em vários pontos do sistema e não em uma suposta base (CECÍLIO, 1997). Assim, a lógica de organizações hierárquicas rígidas caracterizadas por pirâmides deve ser substituída por redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2011). Seriam, pois, “redes poliárquicas de atenção à saúde, em que, respeitando-se as diferenças nas densidades tecnológicas, rompem-se as relações verticalizadas, conformando-se redes policêntricas horizontais” possuindo como centro ordenador a APS (MENDES, 2011, p. 84).

Como proposta de superação dos sistemas de saúde fragmentados, é dada ênfase a discussão sobre a organização da RAS, as quais se fundamentam na integração entre os serviços de saúde, e são constituídas pelos seguintes elementos: conjunto de intervenções de saúde preventivas e curativas para uma população específica, diversidade de serviços de saúde integrados e organizados para uma população e local específico, continuidade da assistência à saúde, integração vertical de diferentes níveis de atenção, formulação de políticas de saúde vinculada à gestão e trabalho intersetorial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

A organização da RAS tem como objetivo atender às demandas da condição de saúde da população, visando a continuidade da atenção à saúde, a integralidade com vistas a ações de promoção, prevenção e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e ações paliativas (MENDES, 2011).

Salienta-se, portanto, que a conceituação de Rede vem sendo descrita em vários campos, como: a sociologia, a psicologia social, a administração e a tecnologia de informação (MENDES, 2011). Para Castells (2000), as redes são novas formas de organização social, do

Estado ou da sociedade, intensivas em tecnologia de informação e baseadas na cooperação entre unidades dotadas de autonomia.

Salienta-se que a formatação de uma RAS está assentada no princípio da integralidade, pois seu objetivo visa à integração dos serviços de saúde e à interdependência dos atores e organizações, entendendo que nenhum serviço dispõe da totalidade de recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde da população em seus diversos ciclos de vida (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

No SUS, “integralidade” é um princípio cujo conceito é chave (FEUERWERKER; MERHY, 2008). Este conceito pode ser interpretado de muitas maneiras. Neste estudo, a integralidade é entendida como modo de organizar os serviços de saúde (MATTOS, 2001).

A organização dos serviços de saúde entendida a partir de seu direcionamento pelo princípio da integralidade e pela disponibilização de serviços segundo a necessidade da população vem sendo abordada no contexto mundial desde a publicação do Relatório Dawson na Inglaterra em 1920 (OPAS, 1964).

As propostas mais recentes de organização e integração dos serviços de saúde em rede têm origem em experiências realizadas nos Estados Unidos, que influenciaram as propostas desenvolvidas posteriormente na Europa Ocidental e no Canadá (MENDES, 2011). Para Silva (2011), é importante distinguir as racionalidades predominantes nas propostas de integração do sistema de saúde dos Estados Unidos, que é bastante fragmentado e com forte hegemonia do setor privado, daquelas provenientes dos países europeus e do Canadá, que enfatizam a universalização do acesso, equidade, regionalização e hierarquização como princípios e estratégias do sistema de saúde.

Nesse sentido, a OPAS propõe que a estruturação da rede deva considerar a diversidade de contexto dos sistemas de saúde de cada país. Assim, as condições e estratégias necessárias para avançar na integração dependem do momento histórico, político, econômico e técnico que delimitam a organização dos mesmos (OPAS, 2010; SILVA, 2011).

A relevância da temática e a importância da estruturação das RAS no contexto atual do sistema de saúde brasileiro é consenso entre diversos autores (MENDES, 2011; OPAS, 2010; SILVA, 2011; FLEURY; OUVRENEY, 2007; MAGALHÃES JÚNIOR, 2006). No sistema brasileiro de saúde, a concepção de RAS surge com intuito de substituir a concepção hierárquica e piramidal. Em relação ao sistema de saúde brasileiro, a busca pela integralidade foi proposta a partir da Constituição Federal de 1988 e posteriormente consolidada pelas leis orgânicas do SUS, assim como os princípios da universalização do acesso, equidade e a regionalização dos serviços de saúde.

De acordo com Silva (2011), desde o início da Reforma Sanitária, a proposta de organização do SUS em rede estava presente de maneira explícita ou implícita. A consolidação do SUS reduziu a segmentação na saúde ao unir os serviços da União, estados e municípios e os da assistência médica previdenciária do antigo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), porém, contribuiu pouco para integração da saúde nas regiões. Assim, em 2001 a publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS/2001) teve como um dos principais objetivos orientar a ênfase à regionalização, com prioridade na necessidade de formação de redes integradas (SILVA, 2011).

No que diz respeito à formação da rede, um dos marcos mais importantes no sistema de saúde brasileiro pode ser considerado a mudança ocorrida ao longo dos últimos 15 anos na abordagem dos cuidados de saúde por meio do fortalecimento da APS. Nesta vertente, o país criou mais de 31.000 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), colocando a APS no centro da universalização e descentralização do sistema de saúde nacional, dando subsídios para coordenação do cuidado a partir deste ponto de atenção (MENDONÇA *et al.*, 2011).

No país, evidenciam-se algumas experiências exitosas de estruturação de RAS. A esse respeito, a implantação de redes de atenção em saúde mental, saúde do idoso e saúde reprodutiva, tem trazido experiências de inovações tecnológicas assistenciais de integração de serviços, revelando a ousadia e a adesão promissora dos gestores municipais às diretrizes da integralidade e da política de regionalização (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004).

Além disso, alguns serviços específicos do SUS têm sido organizados na forma de redes, como exemplo, os serviços relacionados aos procedimentos de alto custo, como cirurgia cardíaca, oncologia, hemodiálise e transplante de órgãos (PAIM, 2011).

Mediante tais considerações, destaca-se a crescente necessidade de se

restabelecer a coerência entre a situação de saúde e o SUS, o que envolverá a implantação das redes de atenção à saúde (RASs), uma nova forma de organizar o sistema de atenção à saúde em sistemas integrados que permitam responder, com efetividade, eficiência, segurança, qualidade e equidade, às condições de saúde da população brasileira (MENDES, 2011, p. 18).

Neste contexto, a RAS surge como proposta para administrar políticas e projetos em que os recursos são escassos, que perfazem interação de agentes públicos e privados e existe a manifestação de uma crescente demanda por benefícios e por participação cidadã (FLEURY; OUVRENEY, 2007). Assim, a RAS representa os sistemas integrados de atenção à saúde que “são aqueles organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde

para prestar uma assistência contínua e integral a uma população definida” (MENDES, 2011, p. 50).

Entretanto, mesmo diante de avanços no sistema de saúde, a organização do SUS por meio de redes regionalizadas e integralizadas de serviços ainda é incipiente, assim como os mecanismos de regulação e de referência e contrarreferência.

Segundo Mendes (2011), o pensamento de organização de sistemas de saúde focado pela lógica da construção de RAS, evidencia-se como uma estratégia de superação da crise contemporânea dos sistemas de atenção à saúde. A busca por essa construção no cenário nacional ratifica-se por meio do posicionamento do Ministério da Saúde, do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) sobre RAS que está materializado na Portaria 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do SUS (BRASIL, 2010). Reforça-se, porém, que a proposta ministerial é recente, porém a estruturação de rede no SUS tem sido pauta de discussões em estados e municípios nos últimos anos.

Nessa Portaria, a RAS é considerada como uma importante estratégia para superação de um modelo de atenção à saúde pautado na fragmentação da assistência e gestão dos serviços de saúde. Nessa perspectiva, a RAS visa aperfeiçoar o funcionamento político-institucional do SUS com vistas a assegurar ao usuário o conjunto de ações e serviços de que necessita, com efetividade e eficiência (BRASIL, 2010). O desenvolvimento da RAS nesta portaria:

é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto no que se refere a sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2010, p.5).

A rede de atenção à saúde conceitua-se como arranjos organizacionais “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” (BRASIL, 2010, p. 5). Tem como objetivo integrar ações e serviços de saúde possibilitando o fornecimento de “atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada”, assim como aperfeiçoar o desempenho do SUS, “em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica” (BRASIL, 2010, p. 5).

Concomitantemente, segundo a Portaria 4.279, a RAS é caracterizada pela:

formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010, p.5).

Segundo Mendes (2011, p.82), os elementos centrais da RAS,

apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os pontos de atenção à saúde, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da APS; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população.

A concepção de rede de atenção pressupõe a substituição da estruturação hierárquica e piramidal por uma rede horizontal de atenção à saúde, sendo conceituada como redes poliárquicas de atenção, com rompimento das relações verticalizadas. Nessa perspectiva, alude que não existe uma hierarquia entre os diferentes pontos de atenção e sim uma “rede horizontal de pontos de atenção à saúde de distintas densidades tecnológicas e seus sistemas de apoio, sem ordem e sem grau de importância entre eles” (MENDES, 2011, p.83).

Entretanto, a RAS não é,

simplesmente, um arranjo poliárquico entre diferentes atores dotados de certa autonomia, mas um sistema que busca, deliberadamente, no plano de sua institucionalidade, aprofundar e estabelecer padrões estáveis de inter-relações (MENDES, 2011, p. 79).

A rede de atenção à saúde é fundamentada na integração entre os serviços de saúde, constituídas dos seguintes elementos: conjunto de intervenções de saúde preventivas e curativas para uma população específica, diversidade de serviços de saúde integrados e organizados para uma população e local específico, continuidade da assistência a saúde, integração vertical de diferentes níveis de atenção, formulação de políticas de saúde vinculada a gestão e trabalho intersetorial (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

Em face dos conceitos atuais de rede de atenção à saúde é possível identificar a necessidade nacional de estruturação desta com objetivo de atender as demandas da condição

de saúde da população, visando à continuidade da atenção à saúde, a integralidade com vistas a ações de promoção, prevenção e de gestão das condições de saúde estabelecidas por meio de intervenções de cura, cuidado, reabilitação e ações paliativas (MENDES, 2011).

A estruturação de redes no SUS tem sido pauta de discussões em estados e municípios nos últimos anos. No estado de Minas Gerais, a RAS vem sendo implantada sob a coordenação da Secretaria de Estado de Saúde, utilizando-se uma matriz em que se cruzam os níveis de atenção, os territórios sanitários e os pontos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Em Ipatinga, Minas Gerais, a rede de serviços de saúde foi estruturada em pontos crescentes de complexidade, estabelecendo como porta de entrada prioritária do sistema, o atendimento nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS); os níveis secundários, constituído pelos ambulatorios e a Policlínica; e o nível terciário, pelas Unidades hospitalares de maior complexidade próprias ou contratadas.

Nesse município, as portas de atendimento de urgência são estruturadas em Componente Pré-Hospitalar Fixo (Unidades de Atenção Primária à Saúde, ambulatorios especializados e serviços de diagnóstico e terapia); Componente Pré-Hospitalar Móvel que inclui o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU); Componente Hospitalar incluindo-se as Portas Hospitalares; e Componente Pós-Hospitalar em que o Programa de Atenção Domiciliar se localiza.

O Componente Atenção Domiciliar, segundo a Portaria nº 1.600, de 7 de julho de 2011 em seu Art. 12, é compreendido

como o conjunto de ações integradas e articuladas de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, que ocorrem no domicílio, constituindo-se nova modalidade de atenção à saúde que acontece no território e reorganiza o processo de trabalho das equipes, que realizam o cuidado domiciliar na atenção primária, ambulatorial e hospitalar (BRASIL, 2011b, p. 5).

A Portaria 2527, de 27 de outubro de 2011, que institui a AD no âmbito do SUS, também estabelece a AD como um componente da RAS devendo ser estruturada de forma articulada e integrada aos outros componentes da RAS (BRASIL, 2011a). Sobre a relevância da AD na RAS, ressalta-se que o “desafio do sistema público brasileiro está em integrar a AD com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família” (MENDES, 2001, p. 128).

Compreendendo a AD como uma modalidade que possibilita um cuidado inovador, centrado no usuário, articulado e integrado com todos os pontos da RAS, o próximo tópico

deste trabalho destina-se ao detalhamento de seus conceitos e possibilidades de atuação de profissionais de saúde.

3.2 A atenção domiciliar como estratégia de assistência à saúde

3.2.1 Alguns conceitos e definições sobre Atenção Domiciliar

A expansão da AD à saúde decorre das consequências da transição demográfica e epidemiológica que iniciaram no século XX e são caracterizadas por mudanças tanto na estrutura populacional quanto no padrão de morbi-mortalidade brasileiro, respectivamente (BARRETO; CARMO, 2007).

A transição demográfica caracteriza-se por queda na taxa de natalidade que implica em uma redução do crescimento populacional, associado ao aumento da expectativa de vida ao nascer que reflete em um processo de envelhecimento da população com aumento da população de idosos (BARRETO; CARMO, 2007). A transição epidemiológica caracteriza-se, entre outros fatores, pela redução de óbitos decorrentes de doenças infecto-parasitárias com aumento de óbitos relacionados a doenças crônico-degenerativas e também a causas externas (acidentes e violência). Salienta-se que a violência surge no cenário brasileiro como uma doença da modernidade que gera impactos em sua estrutura decorrente do alto índice de morte e incapacidade que proporciona (BARRETO; CARMO, 2007).

A AD surge, assim, mediante a necessidade de novas estratégias de saúde em busca de superação de um panorama em que predomina o aumento da população idosa e das doenças crônico-degenerativas, assim como de sequelas por condições violentas de vida, o que acarreta uma maior demanda de serviços de saúde (TURCI, 2008). Acrescenta-se como demanda os crescentes custos com os cuidados em regime de internação hospitalar, busca por humanização da assistência à saúde e por redução de complicações decorrentes da hospitalização (TURCI, 2008). A opção do domicílio como lócus de atenção buscou racionalizar a utilização dos leitos hospitalares, reduzir os custos da assistência e estabelecer uma lógica de cuidado embasada na humanização, em uma tentativa de superar a crise do modelo de atenção hospitalar (SILVA *et al.*, 2005; FEUERWERKER, MERHY, 2008).

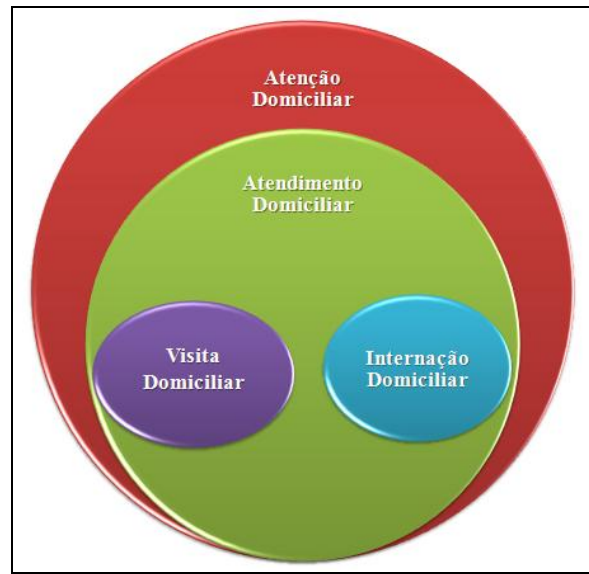
Destaca-se, pois, que os serviços de AD estão em crescimento no Brasil desde 1990, seguindo a tendência mundial, não apenas devido ao aumento da longevidade populacional, mas também pela necessidade de diminuir as internações, constituindo-se, assim, uma importante estratégia de desospitalização e humanização do cuidado (SILVA *et al.*, 2010). A relevância desta modalidade de atenção consiste em seu potencial em contribuir para a diminuição da sobrecarga do sistema de saúde proporcionando, portanto, uma maior eficiência e eficácia do atendimento à saúde no Brasil (MARTINS; LACERDA, 2008).

Segundo Lacerda, Oliniski e Giacomozzi (2004), a AD é uma prática antiga que foi substituída pelo modelo hospitalocêntrico, porém, que (res) surge como uma forma de personalização e humanização da prática assistencial à saúde.

A AD, assim, constitui-se como uma modalidade de atenção à saúde que pressupõe um cuidado centrado no usuário e suas necessidades. Tal perspectiva representa esforços de mudança na organização dos serviços de saúde que busca superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, embora se reconheça que os mesmos são imprescindíveis em situações específicas (ALVES *et al.*, 2007).

Torna-se significativo ressaltar que existem diferentes conceituações entre atenção, assistência, atendimento e internação domiciliar, que muitas vezes são usadas como sinônimos. Adota-se neste estudo o conceito descrito por Lacerda e colaboradores (2006), em que a AD à saúde constitui-se em uma modalidade de maior amplitude, sendo um termo mais genérico, que engloba e também representa o atendimento domiciliar, a visita e a internação domiciliares, as quais possibilitam a realização e a implementação da AD, de modo que todas as ações possam vir a influenciar o processo de saúde-doença das pessoas (Figura 1).

FIGURA 1 - Esquema da relação entre as diferentes modalidades na atenção domiciliar



Fonte: (LACERDA *et al.*, 2006, p. 94 - adaptado).

A AD surge, portanto, entre a rede hospitalar e a rede primária, integrando duas modalidades específicas: a assistência domiciliar e a internação domiciliar (BRASIL, 2004). Não obstante, a AD possui, assim, um conceito amplo “que contempla todas as atividades dos serviços de saúde que têm como lócus o domicílio, independentemente do nível de complexidade dessa atuação” (TURCI, 2008, p. 225).

Esta modalidade de atenção consiste em uma estratégia que permite além do aproveitamento de leitos hospitalares, o cuidado centrado na busca da autonomia e independência do usuário (CRUZ; BARROS; FERREIRA, 2001).

É reconhecido que a AD propicia um cuidado inovador e singular em saúde, configurando-se como substitutivo, pois opera seguindo a lógica de desinstitucionalização (FEUERWERKER, MERHY, 2008). A particularidade do trabalho nesta modalidade de assistência está associada ao uso de diferentes saberes além do científico, proporcionando uma relação mais próxima com usuários e famílias assistidos no seu cotidiano de vida. Assim, os profissionais podem “defrontar-se com universos culturais e sociais complexos e polêmicos”. E é nesta particularidade da AD que surge a possibilidade de “interação, superação de preconceitos, invenção de soluções e resgate de redes de solidariedade” (FEUERWERKER, MERHY, 2008, p. 183). Nesta perspectiva, acredita-se que o cuidado no âmbito da AD possua singularidades que a diferenciam de outros tipos de assistência, tornando-a especialmente importante para a configuração da RAS. Não obstante, sua

finalidade ultrapassa a visão substitutiva de internamentos em instituições de alta tecnologia buscando, sim, a articulação da rede de atenção (BRASIL, 2002).

3.2.2 Legislação brasileira sobre Atenção Domiciliar

Os diferentes serviços de saúde necessitam de legislações específicas que definam seus conceitos, finalidades, atribuições e fluxos. Nesse sentido, alguns estudos sobre AD mostram a regulamentação deficitária de funcionamento que predominava até meados de 2011, necessitando, dessa forma, de políticas públicas que favorecessem a incorporação de tais serviços no SUS (SILVA *et al.*, 2010; MARTINS; LACERDA, 2008). Sobre tal aspecto, destaca-se a criação da Portaria N^o 2527, de 27 de outubro de 2011, que institui e redefine a AD no âmbito do Sistema Único de Saúde, reforçando a necessidade e a relevância de estudos voltados para a área de AD (BRASIL, 2011a).

Nesse contexto, entre as legislações nacionais da AD destacam-se as seguintes (Quadro 1):

QUADRO 1 - Legislação Brasileira sobre Serviços de Atenção Domiciliar

LEGISLAÇÃO	DATA	DEFINIÇÃO
Portaria 2416	23 de março de 1998	Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de Internação Domiciliar no SUS (BRASIL, 1998).
Lei 10424	15 de abril de 2002	Regulamenta a assistência domiciliar no SUS por meio de acréscimo de capítulo e artigos à Lei 8080 de 1990 (BRASIL, 2002).
RDC n. 11	26 de janeiro de 2006	Apresenta o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar (BRASIL, 2006b).
Portaria 2529	19 de outubro de 2006	Estabelece a internação domiciliar no Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2006c).
Portaria 2029	24 de agosto de 2011	Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (Revoga a Portaria 2529 de 2006) (BRASIL, 2011c).
Portaria 2527	27 de outubro de 2011	Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2011a).

Portaria 2959	14 de dezembro de 2011	Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) (BRASIL, 2011d).
Portaria 1533	16 de julho de 2012	Altera e acresce dispositivos à portaria 2527 de 27 de outubro de 2011, que Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2012).

Fonte: Elaborado para fins deste estudo.

Observa-se uma lacuna entre os anos de 2006 e 2011 no que concerne à legislações específicas para a AD. Destaca-se, pois, a criação do Programa denominado “Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar”, de iniciativa do Governo Federal Brasileiro. Tal Programa é respaldado pelas Portarias N° 2527/2011 e N° 2029/2011 que definem a AD no âmbito do SUS nos denominados Serviços de Atenção Domiciliar (SAD) e habilitam estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de AD (BRASIL, 2011a; BRASIL, 2011c). Esta iniciativa representa uma tentativa de ampliação das equipes de AD no Brasil e visa propiciar o cuidado no domicílio e articular os diferentes pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a resolutividade e a integralidade do cuidado.

A Portaria N° 2527/2011 define que o Ministério da Saúde co-financiará serviços de AD em municípios com mais de 100 mil habitantes e em municípios de mais de 40 mil habitantes situados em regiões metropolitanas. Define a necessidade de conexão da AD com todos os serviços da rede de atenção à saúde, com fluxos em todos os sentidos (indicação de internação e de alta), mas situa a AD como dispositivo da política de urgência e emergência.

Em novembro de 2011 foi publicado o Manual de Instrução do Programa Melhor em Casa, com o intuito de elucidar algumas orientações específicas aos gestores de saúde que auxiliarão na elaboração do projeto e adesão ao programa e em 2012 foram lançados os Cadernos de Atenção Domiciliar em dois volumes para consulta pública (BRASIL, 2012b; BRASIL, 2012c).

Frente à evolução do Programa de Atenção Domiciliar nos últimos seis anos e à elaboração de Políticas Nacionais que disponham sobre essa temática, percebe-se a AD requer uma atuação competente na perspectiva multiprofissional, transdisciplinar e intersetorial, com a responsabilização da equipe pelo usuário (TURCI, 2008). Segundo a Portaria 2527 de 2011, o cuidado domiciliar é desenvolvido por profissionais que compõem as Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP) (BRASIL, 2011a).

A composição mínima de uma EMAD é: 01 médico com carga horária mínima de 40 horas semanais ou 02 médicos com carga horária mínima de 20 horas semanais; 01 enfermeiro com carga horária mínima de 40 horas semanais ou 02 enfermeiros com carga horária mínima de 20 horas semanais; 01 fisioterapeuta com carga horária mínima de 30 horas semanais ou 01 assistente social com carga horária mínima de 30 horas semanais; e 04 auxiliares ou técnicos de enfermagem com carga horária mínima de 40 horas semanais. Salienta-se que uma equipe de EMAD deve atender a uma população adscrita de 100 mil habitantes, tendo como parâmetro de referência uma equipe de EMAD para 60 pacientes (BRASIL, 2011a).

A EMAP, por sua vez, deve ser “constituída por, no mínimo, 3 (três) profissionais de saúde de nível superior, com carga horária semanal mínima de trabalho de 30 (trinta) horas, eleitos de acordo com a necessidade local entre as seguintes categorias profissionais: I - assistente social; II - fisioterapeuta; III - fonoaudiólogo; IV - nutricionista; V - odontólogo; VI - psicólogo; VII - farmacêutico; e VIII - terapeuta ocupacional” (BRASIL, 2011a, p. 4).

Segundo a Portaria 2527-2011, em seu art. 18, as equipes de AD têm como atribuição “trabalhar em equipe multiprofissional e integrada à rede de atenção à saúde” (BRASIL, 2011a, p. 5). Reforça-se que ser integrada às RAS significa que “a AD potencializa a transversalidade da atenção ao colocar o usuário e suas necessidades no centro, devendo estar integrada à rede de atenção à saúde”, fato este que reforça a importância deste trabalho (BRASIL, 2012b, p. 4).



METODOLOGIA

"Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas que já têm a forma de nossos corpos e esquecer os nossos caminhos que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia. E se não ousarmos fazê-la teremos ficado para sempre à margem de nós mesmos". (Fernando Pessoa)

4 METODOLOGIA

4.1 Caracterização do estudo

A metodologia compreende o “caminho do pensamento” que a investigação requer, a apresentação adequada e justificada dos métodos, técnicas e instrumentos necessários para a realização do estudo (MINAYO, 2004). Inclui, pois, concepções teóricas de abordagem, ou seja, o conjunto de técnicas que possibilitam a apreensão da realidade e também o potencial criativo do pesquisador (MINAYO, 2004).

De acordo com Gil (1999), para que um estudo tenha reconhecimento científico é necessário que os métodos utilizados sejam identificados e descritos. A metodologia, portanto, indica técnicas de pesquisa científica e fornece os elementos de análise crítica das descobertas e comunicações na comunidade científica (GAUTHIER *et al.*, 1998).

Mediante o entendimento de que a questão norteadora deste estudo encontra-se no interior de relações humanas envolvendo a subjetividade das respostas das pessoas, optou-se por uma investigação com abordagem qualitativa, com orientação teórico-metodológica dos princípios do SUS. Neste tipo de pesquisa, o investigador interessa-se em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana. Segundo Minayo (2004) a pesquisa qualitativa relaciona-se com a valorização dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que vão além à operacionalização de variáveis.

Essa abordagem é orientada para análise de casos concretos em sua particularidade temporal e local, partindo das expressões e atividades das pessoas em seus contextos locais (FLICK, 2004). Preocupa-se com a realidade e dados que não podem ser mensurados, respondendo a questões privadas e buscando compreender, por meio da análise de algumas determinações, um fato particular em profundidade (MARCONI; LAKATOS, 1996).

Segundo Minayo (2004), na abordagem qualitativa, o investigador está interessado em compreender o significado atribuído pelos sujeitos a eventos, situações, processos ou personagens que fazem parte de sua vida cotidiana.

Bogdan e Biklen (1994) descrevem cinco características da pesquisa qualitativa, a saber:

- a) O pesquisador é o instrumento-chave, e o ambiente natural é a fonte direta dos dados, uma vez que, através deste, há a configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito;
- b) É uma investigação descritiva e a interpretação dos resultados surge como a totalidade de uma especulação que tem como base a percepção de um fenômeno num contexto, sendo coerente, lógica e consistente;
- c) Os pesquisadores preocupam-se com o processo e não somente com os resultados ou produtos;
- d) Os estudiosos tendem a analisar seus dados indutivamente;
- e) O significado é a preocupação essencial, sendo uma das grandes postulações da pesquisa qualitativa a sua atenção preferencial pelos pressupostos que servem de fundamento à vida das pessoas.

Segundo Tittoni e Jacques (2001), a abordagem qualitativa possibilita uma transformação no desenho da pesquisa, coleta, análise e interpretação, uma vez que perpassa a complexidade, a relativização da verdade e não neutralidade do pesquisador. Também, há que se considerar que essa abordagem privilegia a “tentativa de colocar em evidência as possibilidades de interpretação dos fatos estudados e não exclusivamente demonstrar sua evidência” (TITTONI; JACQUES, 2001, p. 78).

De acordo com Chizzotti (2003), o termo qualitativo significa uma partilha densa com as pessoas, fatos e locais que constituem o objeto de pesquisa. Assim, a abordagem qualitativa permite a abrangência da realidade social para além do aparente e quantificável, e o método baseia-se na compreensão específica do objeto a ser investigada (FLICK, 2004). Tal metodologia torna-se relevante para a realização desse estudo, ao considerar a proposta de compreensão da estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais de saúde da AD de Ipatinga. Portanto, deve-se considerar a amplitude desse fenômeno para compreender os desafios inerentes ao objeto de estudo.

Considerando o objeto do estudo, foi utilizada a estratégia do Estudo de Caso com abordagem qualitativa que visa à apreensão da realidade de uma instância singular, em que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O Estudo de Caso vem sendo utilizado de forma extensiva em pesquisas da área das ciências sociais e apresenta-se como estratégia adequada quando se trata de questões nas quais estão presentes fenômenos contemporâneos inseridos em contextos da vida real e podem ser complementados por outras investigações de caráter exploratório e descritivo (YIN, 2005).

Nas investigações que utilizam o Estudo de Caso, o pesquisador é levado a considerar as múltiplas inter-relações dos fenômenos específicos por ele observados. Assim, os estudos de caso enfatizam a “interpretação em contexto”, para a compreensão da manifestação geral de um problema, no qual devem ser considerados alguns elementos, como as ações, as percepções, os comportamentos e as interações das pessoas. Para tanto, o pesquisador deve apresentar os diferentes pontos de vista presentes numa situação social, como também, sua opinião a respeito do tema em estudo (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

O Estudo de Caso caracteriza-se pela análise aprofundada e exaustiva sobre um ou poucos objetos com vistas ao seu conhecimento amplo e detalhado (GIL, 1999). Também, o Estudo de Caso é considerado uma estratégia relevante, por ser uma categoria de pesquisa cuja complexidade está determinada pelos suportes teóricos que servem para orientar o investigador e que colocará exigências no processo de objetivação, originalidade, coerência e consistência de ideias (TRIVIÑOS, 1994).

Segundo Yin (2005) o método de Estudo de Caso tem como objetivo analisar uma unidade social, buscando responder “como” e “por que” os fenômenos ocorrem. Para este autor, o Estudo de Caso é utilizado com estratégia adequada quando se trata de questões inseridas no contexto de vida real e diária, contemplando pesquisas que buscam compreender fenômenos complexos, como estudos organizacionais e gerenciais. Portanto, considera-se que esta estratégia seja oportuna para esta investigação.

Segundo Minayo (1994), é necessário o detalhamento das formas de investigação do objeto de estudo. Segundo essa autora, o trabalho de campo é uma importante possibilidade de aproximação com o que se quer conhecer, como também de propiciar a criação de conhecimentos a partir da realidade presente no campo de estudo. Desta forma, a seguir estão descritos o cenário da pesquisa, os sujeitos do estudo, as estratégias de coleta e análise de dados e as questões éticas.

4.2 Cenário do estudo

O trabalho de campo possibilita ao pesquisador a incorporação e superação de questões que já se encontram produzidas. O campo de pesquisa refere-se a um recorte em termos de espaço representando uma realidade empírica a ser estudada (MINAYO, 1994). Ainda segundo esta autora, o campo de pesquisa refere-se a um lugar ocupado por pessoas e

grupos que se interagem e que tenha relação com o objeto de estudo, tornando-se um cenário rico em manifestações de subjetividades e interações entre pesquisador e pesquisado, possibilitando a elaboração de novos conhecimentos.

O município de Ipatinga localiza-se na Região de Planejamento do Vale do Rio Doce, a nordeste de Belo Horizonte, distante aproximadamente de 209 quilômetros da Capital (Figura 2).

FIGURA 2 – Representação da localização do Município de Ipatinga em Minas Gerais



Fonte: Adaptado para fins deste estudo¹

Ipatinga faz parte da Região Metropolitana do Vale do Aço, a qual ultrapassa os 449.340 habitantes, contando com quatro principais cidades (Ipatinga, Coronel Fabriciano, Santana do Paraíso e Timóteo). O município possui 243.541 habitantes, sendo o décimo mais populoso município do estado de Minas Gerais (DATASUS, 2012). A região desenvolveu-se por meio da implantação de grandes empresas como a ArcelorMittal e principalmente a Usiminas, sendo que, até 1964, estas empresas pertenciam ao território de Coronel Fabriciano. Com a emancipação política de Timóteo e Ipatinga, a Usiminas passou a pertencer a Ipatinga.

¹ Imagem disponível em: <<http://raileronline.blogspot.com.br/2010/02/mapas.html>>. Acesso em 24 de julho de 2010.

Compõe a rede de atenção à saúde de Ipatinga: 02 Centrais de Regulação de Serviços de Saúde, 01 Centro de Atenção Psicossocial, 19 Centros de Saúde/Unidades Básicas de Saúde, 77 Clínicas Especializadas/Ambulatórios Especializados, 258 Consultórios Isolados, 01 Hospital Dia, 03 Hospitais Gerais, 07 Policlínicas, 01 Secretaria de Saúde, 28 Unidades de Serviço de Apoio de Diagnóstico e Terapia e 02 Unidades de Vigilância em Saúde (DATASUS, 2012). Salienta-se que os serviços de AD neste município estão distribuídos em diferentes pontos. Existem os serviços de AD prestados pelas equipes de Saúde da Família, serviços de internação domiciliar em instituição pública municipal, além de serviços em diferentes instituições privadas e operadoras de planos de saúde.

Para fins deste estudo, o cenário foi composto pelo Programa de Internação Domiciliar (PID) vinculado a um hospital de Ipatinga-MG. Tal escolha decorre do fato de este serviço existir desde 1999, sendo fortemente estabelecido, consistindo, assim, em um cenário rico em informações para esta investigação.

Segundo Soares e Araújo (2008), o PID de Ipatinga foi planejado em meados da década de 90, quando a atenção à saúde prestada à população encontrava-se em crise em decorrência da demanda elevada e a pouca disponibilidade de leitos hospitalares disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde na época. Com perspectiva de enfrentar esta crise e garantir os direitos de atenção à saúde aos cidadãos, a Secretaria Municipal de Saúde propôs a implantação do PID, que previa o compromisso com a garantia de acesso universal e integral, com o objetivo de melhorar a qualidade e expectativa de vida das pessoas portadoras de doenças crônico-degenerativas, prestando uma assistência domiciliar com suporte de uma equipe multiprofissional (SOARES; ARAÚJO, 2008).

Em 1997, a VIII Conferência Municipal de Saúde por meio da diretriz, “Implantar o Programa de Internação Domiciliar com garantia de assistência pela equipe multiprofissional”, definiu e aprovou a implantação deste serviço, como uma possibilidade de reduzir a quantidade de atendimentos do Hospital Municipal, diminuir internações de longa permanência e as reinternações frequentes de pessoas com patologias crônico-degenerativas (SOARES; ARAÚJO, 2008).

A estruturação do projeto de implantação de tal programa foi realizada por uma enfermeira e um médico com a colaboração de uma assistente social. Inicialmente a equipe multiprofissional para a assistência domiciliar formada foi composta por um médico, um enfermeiro, uma assistente social e um auxiliar de enfermagem. Os recursos materiais e de consumo eram incluídos no consumo mensal do Pronto Socorro Municipal, hoje denominado Hospital Municipal, custeados pela Prefeitura de Ipatinga, não existindo no início uma verba

própria alocada para o PID, fato este que se mantém até o presente (SOARES; ARAÚJO, 2008).

Dentre as patologias e agravos à saúde descritos como critérios de inclusão no PID, no início de sua implantação, destacam-se: pessoas portadoras de neoplasias malignas; acometidos por trauma com fratura ou afecção osteoarticular em recuperação; pessoas com AIDS; portadores de doenças crônico-degenerativas agudizadas (acidente vascular encefálico, traumatismo raquimedular, doença de Alzheimer, doença pulmonar obstrutiva crônica, diabetes mellitus); portadores de incapacidade funcional, provisória ou permanente e condições socioeconômicas precárias (SOARES; ARAÚJO, 2008). As ações iniciais do PID se voltaram para o acompanhamento a pessoas com doenças crônico-degenerativas, que demandavam inúmeros atendimentos ao Pronto Socorro Municipal, contendo ações como: consulta médica, atendimento fisioterápico, procedimentos de enfermagem (curativo, coleta de material para exame, sondagem, administração e fornecimento de medicação, aplicação de enema e lavagem intestinal), orientações à família sobre os cuidados com o usuário e suporte de oxigenoterapia.

Ressalta-se que o PID foi planejado seguindo o foco da internação domiciliar. Porém, atualmente tal programa encontra-se em reestruturação, passando por uma fase de transição para a atenção domiciliar, buscando a adequação à Política de AD vigente. Mediante o exposto e considerando que o conceito de Atenção Domiciliar abrange a internação, visita e atendimento domiciliar, os termos “PID” e “AD” podem ser utilizados para caracterizar o cenário deste estudo.

4.3 Sujeitos do estudo

Segundo Minayo (2004, p. 43) a definição de amostragem significativa na pesquisa qualitativa não pressupõe o critério numérico, entretanto, a preocupação essencial é com o aprofundamento e a abrangência do caso estudado. Por isso, para essa mesma autora uma “amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões” (MINAYO, 2004, p.102).

Para a escolha dos sujeitos da pesquisa, uma pergunta deve ser levada em consideração: “quais indivíduos sociais têm uma vinculação mais significativa para o problema a ser investigado?” (MINAYO, 1994, p. 43). Nesta perspectiva, Chizzotti (1995) diz

que todas as pessoas que vivenciam uma dada realidade podem contribuir para compreendê-la. Logo, os sujeitos do estudo foram os que tinham vinculação mais significativa com problema a ser investigado, no caso, os profissionais que lidam diretamente com a AD e os usuários do serviço de AD.

Desta forma, considera-se significativo incluir nesta pesquisa representantes de diferentes categorias profissionais por entender que a articulação em rede de atenção é feita por meio de práticas de uma equipe multiprofissional, sendo relevante para a compreensão da estruturação da rede assistencial à saúde. Reforça-se, ainda, que uma das diretrizes da AD no âmbito do SUS se refere à adoção de um “modelo de atenção centrado no trabalho de equipes multiprofissionais e interdisciplinares” (BRASIL, 2011a).

Ressalta-se que para compreender a estruturação da rede de atenção à saúde foi necessário, também, incluir como sujeitos os usuários da AD de Ipatinga, uma vez que a avaliação de tais sujeitos é relevante para a efetivação da RAS.

A pessoa que é atendida em serviços de saúde já foi e é designada por diversos títulos, como paciente, cliente, indivíduo e usuário. O termo usuário vem sendo muito utilizado na literatura sobre saúde, especialmente na saúde coletiva, fato considerado para a escolha preferencial deste termo neste estudo, para caracterizar as pessoas que utilizam os serviços de saúde ofertados pelo SUS, com direitos e necessidades concretas. O uso do termo “usuário” neste estudo “não se reduz ao indivíduo consumidor de serviços em saúde – que é inerente à abordagem utilitarista” –, mas se abre a uma diversidade de experiências de construção social do direito (PINHEIRO; MARTINS, 2011, p. 32).

Mediante o exposto e considerando o objeto deste estudo, foram sujeitos os profissionais que atuam na equipe multiprofissional de AD deste hospital, sendo um enfermeiro, um médico, um técnico de enfermagem e um fisioterapeuta. Também foram sujeitos os usuários desta modalidade de serviço com idade acima de 18 anos, de ambos os sexos, que estiverem em acompanhamento pela equipe de AD e que aceitaram participar da pesquisa. Nos casos em que os usuários, sujeitos admitidos para a assistência domiciliar, não tiveram condições de comunicar-se verbalmente, foram incluídos os cuidadores destes usuários. Ressalta-se que o termo cuidador refere-se à “pessoa que se responsabiliza pelo cuidado do paciente, tendo maior disponibilidade de tempo para prestar os cuidados e que pode manter contato com a equipe” do PID durante o período de acompanhamento (RESTA; BUDÓ, 2004, p. 57).

A escolha dos sujeitos decorreu da necessidade de captar a realidade de diferentes perspectivas. Em relação aos usuários, por se tratar de uma pesquisa qualitativa, não foi

delimitado, *a priori*, o número de entrevistados seguindo técnica de saturação de dados para a realização das entrevistas com estes sujeitos. Desta forma foram entrevistados 15 usuários do PID de Ipatinga, sendo oito (8) usuários que tinham condição de conversar e sete (7) cuidadores de usuários que não apresentavam condições de comunicar-se verbalmente.

4.4 Coleta de dados

Entre os diferentes tipos de técnicas para a coleta de dados em trabalhos de campo, a entrevista é considerada o procedimento mais utilizado (MINAYO, 1994). A coleta de dados, portanto, ocorreu por meio de entrevista orientada por um roteiro semiestruturado contendo perguntas fechadas visando a caracterização do perfil sociodemográfico dos sujeitos e perguntas abertas visando o estabelecimento do diálogo dirigido entre o pesquisador e os sujeitos entrevistados (APÊNDICE A; APÊNDICE B).

A entrevista foi escolhida por proporcionar a obtenção de dados subjetivos e objetivos, sendo que opiniões e valores dos sujeitos são imprescindíveis para o reconhecimento do objeto desse estudo (MINAYO, 2004). De acordo com Triviños (1994), esse tipo de entrevista parte de certos questionamentos básicos, apoiados em hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa. Dessa forma, esse tipo de entrevista possui como objetivo descrever os relatos individuais e compreender as especificidades de cada grupo. Para isso, mantém-se “a margem de movimentação dos informantes tão amplas quanto possível e o tipo de relacionamento livre de amarras, informal e aberto” (MINAYO, 2004, p.123).

As entrevistas foram agendadas e realizadas individualmente, após a autorização dos sujeitos e dos dirigentes da instituição, sendo gravadas, e posteriormente transcritas.

Durante a fase de coleta de dados foi utilizado o diário de campo de forma complementar a entrevista. O diário de campo é considerado um instrumento utilizado para registro das percepções, inquietações, questionamentos e informações que não são contempladas por meio do uso de outras técnicas (MINAYO, 1994). Quando selecionada tal

técnica, o seu uso deve ser sistemático estendendo desde o primeiro dia de trabalho de campo até a fase final da pesquisa. Esta autora ainda complementa que “Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado” (MINAYO, 1994, p. 64). Para os registros no diário de campo foram utilizados como fonte de dados a observação não participante, sendo constituído como um recurso complementar na captação da realidade empírica do objeto em estudo (TRIVIÑOS, 1994).

A entrada no campo de coleta de dados envolve algumas particularidades que pressupõem cuidados a fim de se minimizar os obstáculos que podem dificultar esta etapa da pesquisa. Desta forma, é importante que haja uma aproximação do pesquisador com as pessoas da área de estudo e uma apresentação da proposta de estudo às mesmas (MINAYO, 1994).

Salienta-se que a fase de coleta de dados com os profissionais de saúde foi realizada nos próprios locais de trabalho dos mesmos. Portanto, a operacionalização da coleta de dados ocorreu de acordo com as seguintes etapas:

- a. Apresentação da pesquisa à Instituição;
- b. Identificação dos sujeitos da pesquisa e contato pessoal com os mesmos a fim de consultar sobre o interesse em participar do estudo;
- c. Agendamento das entrevistas com sujeitos;
- d. Entrevistas gravadas com sujeitos da pesquisa, seguindo um roteiro de perguntas semiestruturado.

Para a realização das entrevistas com os usuários foram realizadas visitas domiciliares, considerando-se os seguintes passos prévios:

- a. Levantamento de usuários do PID do Hospital Municipal de Ipatinga residentes no município de Ipatinga, em acompanhamento pela equipe de AD durante o período de coleta de dados, com idade mínima de 18 anos e de ambos os sexos. Nos casos em que os usuários não possuíam condições de comunicar-se verbalmente, foram incluídos os cuidadores destes usuários.
- b. Obtenção de informações para contato com a enfermeira do Serviço (Nome, telefone e endereço);
- c. Localização dos usuários do serviço de AD por meio de telefonema para agendamento da entrevista;
- d. Realização de visita domiciliar de observação, para a realização de entrevista que foi gravada e depois transcrita para a identificação das informações relevantes. Cabe destacar, porém, que não foram realizados procedimentos ou técnicas no

corpo dos entrevistados, oferecendo esta abordagem metodológica risco mínimos à pessoa participante. Reforça-se que foi adotada a técnica de saturação de dados para a realização das entrevistas com estes sujeitos.

Salienta-se que houve perda de três sujeitos durante a fase de localização dos mesmos. Um usuário foi excluído, pois estava hospitalizado; um usuário por ter ido a óbito no dia da realização do contato telefônico e um usuário que não atendeu às ligações após tentativas em cinco dias consecutivos. Desta forma, realizaram-se visitas domiciliares a 15 usuários em acompanhamento pelo PID de Ipatinga. Entre estes, sete não tinham condição de falar, sendo, assim, agendadas as entrevistas com seus cuidadores.

4.5 Análise dos dados

A análise das evidências de um Estudo de Caso é um dos aspectos menos desenvolvidos e mais complicados ao realizá-lo (YIN, 2005). Segundo Minayo (1994, p. 69), esta fase possui como finalidades complementares

estabelecer uma compreensão dos dados coletados, confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e-ou responder às questões formuladas, e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural da qual faz parte.

Para análise dos dados deste estudo foi utilizada a técnica da análise de conteúdo temática para interpretar os significados das falas dos sujeitos. Segundo Bardin (2009), essa estratégia consiste em um conjunto de técnicas de análise das comunicações, visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição de conteúdo das mensagens. O processo de análise contemplou as fases de preparação e análise ou categorização temática.

Na fase de preparação as entrevistas foram transcritas na íntegra, segundo o roteiro de perguntas, respeitando todas as falas, expressões e pensamentos dos sujeitos, para assim entender sua vivência e aprendizado ligado ao tema exposto. Essa fase englobou não somente as entrevistas, mas também o conjunto de observações obtidas no momento de sua realização que foram registradas no diário de campo. Após a transcrição das entrevistas, foi realizada a

releitura do material e a organização dos relatos em determinada ordem, pressupondo um início de classificação e organização dos dados de observação.

A fase de análise ou categorização temática foi realizada em dois momentos: no primeiro momento, foram feitas repetidas leituras das entrevistas em sua totalidade; no segundo, foram extraídos os temas relevantes que emergiram dos discursos dos informantes. A unidade de análise consistiu em frases e parágrafos. Os dados foram classificados tendo em vista o princípio de que o dado é construído, sendo fruto de uma relação entre as questões teoricamente elaboradas e dirigidas ao campo em um processo inacabado de perguntas originado pelo quadro empírico às referências teóricas do pesquisador.

A classificação dos dados foi realizada mediante a leitura repetida das entrevistas (leitura flutuante) de modo a possibilitar a apreensão das estruturas de relevância dos atores sociais, bem como as ideias centrais transmitidas.

A análise foi realizada, portanto, em torno de três pólos cronológicos sendo eles: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados (BARDIN, 2009). Na pré-análise foi realizada a pré-categorização dos dados por meio de leitura sistematizada vertical e horizontal. Posteriormente foi efetuada a categorização dos dados que de acordo com Bardin (2009) é uma operação de classificação de elementos constitutivos de um conjunto por diferenciação e, seguidamente, por reagrupamento segundo gênero (analogia). Portanto, a categorização acontece no momento da codificação do material diante de dois critérios principais, a repetição e a relevância, e tem o objetivo primeiro de produzir uma representação dos dados (BARDIN, 2009; TURATO, 2003).

Desta forma, a apresentação e discussão dos resultados se encontram no capítulo 5 deste estudo, organizadas da seguinte forma. Na fase de tratamento dos resultados, mediante inferência e interpretação, inicialmente, realizou-se a descrição das características do conteúdo dos recortes de enunciado de cada categoria, buscando articulá-los. Procedeu-se, depois, ao aprofundamento das ideias, à interpretação dos dados e ao estabelecimento de relações a partir de uma reflexão acerca do material empírico e da articulação com o referencial teórico a luz da literatura atual.

Para elucidar a descrição do conteúdo, foram apresentados trechos dos discursos dos sujeitos com a seguinte padronização: reticências entre colchetes, [...], indicam recortes dentro do mesmo discurso; informações contidas entre parênteses, (informações), referem-se a informações contextuais ou observações importantes para compreensão das falas dos participantes; e informações entre chaves, {informações} refere-se ao detalhamento de termos ou siglas usadas pelos sujeitos. Os depoimentos foram identificados por códigos e

pseudônimos para resguardar a confidencialidade dos sujeitos. Para tanto, após as citações de depoimentos foi utilizado o código “P” para profissionais de saúde, seguido do número atribuído que o referencia no banco de dados da pesquisa, e nomes fictícios para usuários e cuidadores. As anotações referentes às vivências da coleta de dados registradas no diário de campo foram digitadas e utilizadas para contextualizar os discursos dos entrevistados.

4.6 Aspectos éticos

Para atender aos princípios éticos, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa deste estudo foi encaminhado para análise, apreciado e aprovado em Câmara do Departamento de Enfermagem Aplicada da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais e após essa etapa foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (COEP/UFMG) - CAAE 04941012.0.0000.5149 (ANEXO A). Ressalta-se que a fase de coleta de dados foi realizada somente após a apreciação e aprovação dos mesmos (BRASIL, 1996).

Aos entrevistados foi garantido o anonimato, a liberdade para retirar sua autorização para utilização dos dados na pesquisa e a garantia da utilização das informações resultantes do estudo somente para fins científicos. Os sujeitos que aceitaram participar da pesquisa voluntariamente foram esclarecidos dos objetivos do estudo, receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Cada entrevistado recebeu uma via do TCLE com os dados dos pesquisadores para caso, em algum momento, decidam retirar-se da pesquisa ou necessitem de maiores informações.



APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

"Em todo ser vivo, aquilo que designamos como partes constituintes forma um todo inseparável, que só pode ser estruturado em conjunto, pois a parte não permite reconhecer o todo, nem o conjunto deve ser reconhecido nas partes." (Goethe)

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

*“São casas simples - Com cadeiras na calçada - E na fachada -
Escrito em cima que é um lar - Pela varanda - Flores tristes e baldias
- Como a alegria - Que não tem onde encostar - E aí me dá uma
tristeza - No meu peito - Feito um despeito - De eu não ter como lutar
- E eu que não creio - Peço a Deus por minha gente - É gente humilde
- Que vontade de chorar”. (Garoto, Vinicius De Moraes, Chico
Buarque)*

Neste capítulo encontra-se uma discussão originada das questões que nortearam esta pesquisa, a fim de ampliar o conhecimento sobre o tema investigado. Esta seção inicia-se com a descrição do perfil dos sujeitos participantes do estudo seguida da exposição de algumas singularidades dos usuários e cuidadores entrevistados. Posteriormente, segue-se a apresentação e discussão da análise dos dados, propriamente dita, em que emergiram as seguintes categorias temáticas: “Estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município de Ipatinga: entre o real e o prescrito”; “O caminhar na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias de usuários e cuidadores da atenção domiciliar”; e “(Des)Articulação entre os serviços de saúde: desafios e oportunidades”. A terceira categoria apresenta-se descrita em duas subcategorias, a saber: “Desafios para a articulação entre os serviços de saúde”; e “Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde”.

Mediante os dados provenientes deste estudo, foi possível descrever o perfil dos profissionais, usuários e cuidadores da AD do Município de Ipatinga. A apresentação do perfil foi disposta por meio de tabelas e, também, pela descrição de frequências simples obtidas.

Para a descrição do perfil dos profissionais buscou-se as características sociodemográficas idade, sexo, estado civil e profissão assim como informações para a identificação profissional dos mesmos, como: Instituição de Ensino na qual se formou, tempo de formado, curso de pós-graduação, qualificação específica na área de AD, jornada de trabalho diária, número de empregos, tempo de serviço no serviço de AD e cargos ocupados em outras instituições.

A média de idade foi de 36 anos sendo a mínima de 30 anos e a máxima de 50 anos. Dois dentre os entrevistados referiram-se como casados e duas como solteiras. Três eram do gênero feminino e um do masculino.

Considerando a formação profissional dos sujeitos torna-se interessante destacar a vivência prática e a qualificação profissional a fim de sinalizar a experiência e capacitação na

área de AD. Em relação ao tempo de conclusão dos cursos de formação profissional a média foi de 12,75 anos. Sobre o tempo de atuação no Serviço de Atenção Domiciliar, dentre os profissionais um compõe a equipe de saúde desde sua implantação, ou seja, há mais de 12 anos; um profissional possui 3 anos de atuação e dois referiram estar há aproximadamente 3 meses. Os três profissionais de curso superior relataram ter pós-graduação em Reabilitação Cardíaca, Saúde da Família, Clínica Médica e Saúde do Trabalhador. Dois deles graduaram-se em Instituições Privadas de Ensino Superior e um em Instituição Pública.

Nenhum dos profissionais entrevistados possui formação específica relacionada para a área de AD. Tal informação induz uma discussão referente ao déficit de formação específica sobre AD nos currículos de graduação e, também, em pós-graduação. Essa abordagem seria necessária uma vez que o cuidado domiciliar possui especificidades que necessitam ser exploradas durante o processo de formação (ANDRADE *et al.*, 2013; HERMANN *et al.*, 2009). A formação profissional é, pois, “fator essencial para uma atenção adequada da equipe de saúde, sendo esta imprescindível para o atendimento domiciliar” eficiente e resolutivo (NEVES *et al.*, 2010, p. 1173). Mediante a complexidade da AD, necessário se faz que os currículos das diversas categorias profissionais de saúde contemplem conteúdos visando à formação, preparo e capacitação de acordo com as suas especificidades (ANDRADE *et al.*, 2013; NEVES *et al.*, 2010). Ressalta-se, ainda, que a prática de saúde em AD exige muitas competências que não podem ser adquiridas somente na prática e sim, na formação profissional (ANDRADE *et al.*, 2013; HERMANN *et al.*, 2009).

Ao analisar a jornada de trabalho, identifica-se que três dos profissionais informam trabalhar em um período de seis (6) horas diárias ao passo que um refere trabalhar quatro (4) horas por dia no serviço de AD. Quanto ao número de empregos dos profissionais que atuam no PID, somente um referiu ter dois empregos, atingindo uma jornada de trabalho diária de 10 horas.

Em relação aos usuários e cuidadores entrevistados o perfil foi descrito considerando as seguintes características: idade, sexo, estado civil, escolaridade e profissão. Também foram coletados dados a respeito de questões específicas da internação domiciliar: tempo e motivo de admissão no PID, diagnóstico médico atual e forma de acesso, além da descrição da utilização de convênios particulares de assistência à saúde.

No Quadro 2 são apresentadas algumas características dos usuários atendidos pelo PID relacionadas à internação domiciliar, obtidas por meio dos relatos dos próprios usuários

ou dos cuidadores entrevistados e consideradas relevantes para a análise dos dados. Destaca-se a utilização de nomes fictícios quando se referencia esse grupo de sujeitos. Apesar das informações terem sido transmitidas por cuidadores, os dados se referem aos usuários.

QUADRO 2 - Características dos usuários referentes à internação domiciliar, Ipatinga, Minas Gerais, 2012.

Código	Nome	Descrição do sujeito	Tempo de admissão do usuário no PID	Motivo de admissão	Diagnóstico médico	Forma de acesso
U01	Adalberto	Usuário	7 anos	Cadeirante	Traumatismo raquimedular (TRM); Paraplegia	Busca pelo cuidador
U02	Alice	Usuário	2 anos	Oxigenioterapia; Traqueostomia; Úlcera por pressão	TRM; Tetraplegia	Busca pelo cuidador
U03	Bernardo	Usuário	6 meses	Cadeirante; Úlcera por pressão	TRM - paraplegia	Encaminhamento de um hospital particular de Ipatinga
U04	Caetano	Usuário	6 anos	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC)	DPOC	Encaminhamento médico do Hospital Municipal de Ipatinga (HMI)
U05	Dário	Usuário	7 meses	DPOC; Oxigenioterapia	DPOC	Encaminhamento da policlínica
U06	Valentina	Usuário	1 ano e 4 meses	Oxigenioterapia	Câncer de pulmão	Encaminhamento do Hospital das Clínicas da UFMG
U07	Jorge	Usuário	6 meses	Oxigenioterapia	DPOC	Encaminhamento do HMI
U08	Júlia	Usuário	2 anos	Úlcera por pressão	TRM - Paraplegia	Busca própria
C01	Marli	Cuidador	6 meses	Úlcera por pressão, usuário acamado	Encefalopatia anóxica	Encaminhamento do HMI
C02	Joaquim	Cuidador	4 anos	Cuidados com sonda, usuário acamado	Encefalopatia	Encaminhamento de um hospital particular
C03	Eva	Cuidador	5 meses	Úlcera por pressão, usuário acamado	Traumatismo craniano	Encaminhamento do HMI
C04	Adão	Cuidador	7 anos	Acidente Vascular Cerebral (AVC)	AVC	Busca pelo cuidador
C05	Rute	Cuidador	6 meses	Úlcera por pressão – usuário acamado	AVC	Orientação de profissional da APS-busca pelo cuidador
C06	Cristina	Cuidador	6 meses	Gastrostomia – usuário acamado	Parkinson	Busca pelo cuidador – orientação de enfermeiros e médicos
C07	Cecília	Cuidador	9 anos	Usuário acamado	Aneurisma	Busca pelo cuidador

Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012.

No que se refere à faixa etária dos usuários e cuidadores entrevistados, verificou-se que a média de idade foi de 47 anos, sendo a mínima de 18 anos, a máxima de 77 anos. Quanto ao estado civil, identificou-se o predomínio de participantes casados (40,0%), como detalhado na Tabela 1.

TABELA 1 - Frequência do estado civil dos usuários e cuidadores entrevistados. Ipatinga/MG, 2012.

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Casado	6	40,0
Solteiro	5	33,3
Separado	3	20,0
Viúvo	1	6,7
Total	15	100

Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012.

Entre os 15 sujeitos entrevistados o sexo feminino predominou, sendo um grupo constituído por oito mulheres (53,3%) e sete homens (46,7%). Cabe detalhar que entre os oito usuários, cinco eram do sexo masculino e três eram do sexo feminino. Entre os sete cuidadores, cinco eram do sexo feminino e dois eram do sexo masculino. Este dado condiz com os estudos que apontam o predomínio de mulheres no cuidado dos familiares que necessitam de auxílio no domicílio (RESTA; BUDÓ, 2004; FLORIANI; SCHRAMM, 2004). No que concerne ao grau de parentesco dos cuidadores com os usuários, dos sete cuidadores entrevistados duas eram esposas, uma era filha, dois eram maridos, uma era sobrinha e uma era sogra do usuário do PID. Dentre os usuários do sexo masculino, são as suas esposas que assumem o cuidado familiar. Salienta-se que quando o processo de adoecimento é de mulheres, quem assume o cuidado são membros da família também do sexo feminino, sendo que o marido apresenta-se como um cuidador ocasional (RESTA; BUDÓ, 2004).

Outro aspecto relevante identificado neste estudo diz respeito à escolaridade dos participantes, sendo que apenas cinco dentre os 15 entrevistados referiram ter concluído o ensino médio completo (Tabela 2).

TABELA 2 - Escolaridade dos usuários e cuidadores entrevistados.
Ipatinga/MG, 2012.

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Ensino fundamental completo	6	40,0
Ensino fundamental incompleto	3	20,0
Ensino médio completo	5	33,3
Ensino médio incompleto	1	6,7
Total	15	100

Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012.

Estudos apontam para a relevância de se considerar o grau de escolaridade entre usuários e cuidadores de AD uma vez que um nível de escolaridade maior favorece a compreensão sobre a doença e o cuidado a ser adotado no domicílio (SARAIVA *et al.*, 2007; MARTINS *et al.*, 2007). Não obstante, tal fato é significativo, pois o “baixo nível de escolaridade pode apresentar-se como barreira no processo da educação em saúde, exigindo, portanto, que os profissionais de saúde utilizem os mais variados recursos e dinâmicas para alcançar as metas desejadas” (MARTINS *et al.*, 2007, p. 258). Assim, conhecer o grau de escolaridade pode ser considerado uma estratégia para aproximação de profissionais e usuários e cuidadores.

Conforme apresentado na Tabela 3, 13 sujeitos entrevistados referiram possuir diferentes profissões ou ocupações e dois relataram não possuir uma profissão ou ocupação.

TABELA 3 - Profissão dos usuários e cuidadores entrevistados.
Ipatinga/MG, 2012.

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Do lar	4	26,7
Aposentado	4	26,7
Auxiliar de serviços gerais	2	13,3
Vigilante	2	13,3
Nenhuma	2	13,3
Comerciante	1	6,7
Total	15	100

Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012.

As características descritas a seguir fazem referência à utilização prévia do PID pelos usuários, tendo sido possível identificar que quatro dentre os 15 usuários já haviam sido atendidos pelo PID anteriormente, conforme detalhado na Tabela 4.

TABELA 4 - Atendimento anterior pelo PID. Ipatinga/MG, 2012.

	<i>Frequência</i>	<i>Porcentagem (%)</i>
Sim	4	26,7
Não	11	73,3
Total	15	100

Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012.

Considerando que o foco de análise deste estudo se encontra na estruturação da rede de atenção à saúde, é importante conhecer o perfil de utilização de assistência suplementar à saúde. Neste sentido, foi possível identificar que a maioria dos usuários (66,7%) não tem acesso aos planos de saúde. Dentre os dez sujeitos que não possuíam convênio com plano de saúde apenas um referiu não ter vontade de contratar o plano. Os outros nove participantes disseram ter vontade de possuir assistência privada, mas que não têm condição financeira para arcar com as despesas da mesma.

Salienta-se que o número de brasileiros que possuem planos privados de saúde tem apresentado um aumento nos últimos anos. No final de 2000, não chegava a 31 milhões de pessoas beneficiárias de planos de saúde no Brasil. Já em março de 2012 o número era de 47.866.941 beneficiários de assistência médica. Somente no estado de Minas Gerais a quantidade de usuários era de 5.099.297 em março de 2012. Em setembro de 2012 o número de beneficiários de assistência médica no município de Belo Horizonte, capital de Minas Gerais, era de 1.315.474 e na região metropolitana do Vale do Aço, onde Ipatinga está situada, o número de beneficiários era de 167.270 (ANS, 2012).

Em relação aos locais de moradias, os usuários e cuidadores entrevistados residem em diversas localidades de Ipatinga, Minas Gerais, onde existe uma diversidade cultural, social e econômica. Os lugares de residência dos usuários e cuidadores em estudo são diversificados, abrangendo bairros populares a lugares com melhores condições de habitação e de situação econômica, permitindo inferir que o PID de Ipatinga possui uma ampla abrangência de cobertura. A diversidade de locais das residências visitadas está ilustrada por meio do mapa a seguir, em que se busca apontar a região de domicílio dos participantes da

pesquisa, como forma de permitir ao leitor sua localização espacial no município de Ipatinga (Figura 3).

FIGURA 3 - Representação dos locais de moradia dos usuários e cuidadores entrevistados



Fonte: Dados deste estudo – Setembro de 2012².

Como forma de permitir ao leitor uma aproximação com a realidade e subjetividade dos sujeitos, especificamente dos usuários e cuidadores entrevistados, apresentam-se aqui algumas de suas singularidades. Tais descrições aqui apresentadas são advindas do diário de campo, construído durante a etapa de coleta de dados, e abrangem aspectos dos ambientes de vivência e de convivência dos referidos sujeitos.

Para a apresentação dos usuários e cuidadores entrevistados começar-se-á com a exposição de algumas de suas singularidades expressas por meio de depoimentos

² Imagem disponível em: <http://pt.wikipedia.org/wiki/Ficheiro:Ipatinga_MG_Bairros.PNG>. Acesso em 24 de julho de 2012 (Adaptada).

considerados marcantes. Cabe esclarecer que foram utilizados nomes fictícios para nomear os sujeitos.

A primeira visita foi realizada no domicílio de Adalberto, diagnosticado com Traumatismo Raquimedular (TRM). Adalberto reside com sua irmã que me recebeu ao chegar a sua casa. Ele mora em um quarto com banheiro adaptado nos fundos da casa e demonstrou muita timidez e certa resistência na exposição de suas vivências, principalmente ao se referir ao PID. Adalberto relatou sua vivência durante a fase de recuperação após um acidente automobilístico, que resultou em sua limitação física. Apesar da limitação, Adalberto movimentava-se bem com a cadeira de rodas e relata possuir autonomia para a realização de suas atividades cotidianas e de autocuidado, após um processo de reabilitação no Hospital Sarah Kubitschek.

[...] lá que fiz a reabilitação... Lá no Sara Kubtschck a gente já chega lá, de cama. Então... é uma coisa que você esquece de tudo, que você está paraplégico... entendeu? E coitada da pessoa tetraplégica. É pior ainda. Você vê um cara lá, é tirando da cama e colocado na cadeira, tipo um gincho... já imaginou um gincho... tirar um corpo de uma cama e colocar em cima de uma cadeira... você fica até com dó porque a pessoa só mexia o pescoço. É... marcou. Aí eu, aquilo ali a gente vai tudo aprendendo? Porque por enquanto, graças a Deus, eu estou movimentando pelo menos as mãos, né?. Os braços... Dá para eu ir para uma cama, sair da cama para a cadeira... foi muito chocante. (Adalberto)

A segunda visita foi realizada em uma residência de difícil acesso, localizada no alto de uma rua com acentuado aclive. Fui recebida pela mãe de Alice, atendida pelo PID. Alice encontrava-se em seu quarto, deitada em uma cama hospitalar cedida pela rede municipal de saúde. Alice foi vítima de acidente aos 23 anos em uma cachoeira e sofreu lesão na região cervical ficando tetraplégica. Alice relatou melhorias significativas em sua condição de saúde, principalmente em relação à respiração. Durante algum tempo Alice necessitou de suporte respiratório por meio de traqueostomia e aparelhos e, após um longo processo de readaptação e recuperação, atualmente, consegue respirar espontaneamente. Alice conta com a ajuda da mãe para realizar seus cuidados e relata que a assistência da equipe de saúde do PID tem sido fundamental para sua recuperação. Durante a entrevista, Alice enfatizou as dificuldades decorrentes da traqueostomia e ressaltou a necessidade de recorrer ao SAMU com certa frequência.

[...] já faz quase três anos o acidente. Isso aconteceu, tem um ano... não tem um ano ainda, eu estava com traqueostomia, tinha acabado de tirar a 'traqueo'; era até

mesmo a fisioterapeuta do PID que vinha e olhava a ‘traqueo’ também. Aí ela resolveu tirar para poder sair da ‘traqueo’ e tentar respirar aí tirou a ‘traqueo’ colocou esparadrapo, fez um curativo e aí eu tinha que respirar pelo nariz, mas aí eu acordei mal ‘pra caramba’ ficando sem ar. Já chamei o SAMU várias vezes. Esse dia o PID chamou o SAMU por ele ser mais rápido. (Alice)

Bernardo foi o terceiro usuário a ser entrevistado em seu domicílio. Trata-se de um rapaz de 18 anos, vítima de ferimento por arma de fogo. Bernardo foi atingido por oito tiros e um deles alcançou a medula, ocasionando paralisia de membros inferiores. Bernardo encontrava-se na cama e foi recebida por sua mãe, que participou da entrevista. Bernardo se mostrou pouco comunicativo e relatou precisar de auxílio para usar a cadeira de rodas e para as atividades de autocuidado. Apresenta espasmos musculares constantes em membros inferiores, os quais aconteceram três vezes durante a entrevista, o que pareceu o deixar ansioso. Bernardo ressaltou os benefícios de receber atendimento domiciliar, dizendo ser melhor que a internação hospitalar. Bernardo reside em um apartamento, localizado no segundo pavimento do prédio, o que dificulta seu deslocamento e acesso a outros espaços fora de casa. Sobre isso, relatou a dificuldade vivenciada para sair e realizar exames, por exemplo. Comentou que a rede municipal não tem estrutura para atender às pessoas que têm limitação para locomoção.

[...] lá no hospital é ruim demais... ficar lá naquele lugar lá... Aqui eu fico mais à vontade... lá no hospital não tem nem uma televisão para a gente assistir, não tem nada. Aqui em casa fico perto da mãe, eu como o que eu quiser... é muito bom! Só tem uma coisa, né? Mas eu acho também que não tem relação com o PID não. Quando eles vêm buscar em casa nas vezes que preciso ir fazer um exame e tal, para fazer ultrassom, né? Então, eles vieram me buscar... só que minha mãe trabalha, minha irmã que fica aí... eu acho assim que o motorista ou a enfermeira podia ajudar minha irmã descer comigo... um dia eles vieram aqui com motorista e com enfermeira, como não achou ninguém para ajudar minha irmã eles foram embora sem me levar. Eu não sei se isso aí tem relação com o PID... não... é o pessoal do hospital... A mulher veio aqui e ela queria que a minha irmã descesse comigo sozinha porque ela não podia pegar peso não... se ela vem buscar a gente ela tem que pegar peso, né? [...] Eu acho assim... que eles deveriam colocar uma pessoa para isso, poder ajudar... tipo assim., na minha situação para ajudar... porque nem sempre tem muita gente em casa... né? Eu acho que no lugar de mulher era para ter uns dois homens.. porque mulher não aguenta peso não gente. (Bernardo)

A quarta entrevista foi realizada com Caetano, um senhor de 58 anos de idade, portador de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Caetano relatou ter passado por momentos muito difíceis devido à sua doença. Inicialmente, antes do diagnóstico médico,

Caetano sofria muito com falta de ar e mal conseguia falar e realizar atividades mínimas, como se alimentar. Caetano já havia sido atendido pelo PID anteriormente, quando teve o primeiro momento de reabilitação respiratória, auxiliado por uma equipe multiprofissional. Após esse primeiro contato com a equipe do PID teve alta em virtude de melhorias em seu quadro clínico. Há seis anos é atendido pelo PID e tem acesso a equipamentos respiratórios. Ao final da entrevista, Caetano me convidou para ver o concentrador e ao cilindro de oxigênio que utiliza, além de acessórios para a realização de exercícios respiratórios orientados pela equipe do PID. Caetano elogiou o atendimento do PID e se considera privilegiado por ter acesso a esse tipo de atendimento.

A importância do PID é o seguinte, na minha parte, né? Esse aparelho de oxigênio, por exemplo, que é o concentrador fornecido pelo PID, se fosse hoje para pagar o aluguel em um aparelho desses, eu estaria pagando aproximadamente uns R\$400,00 por mês de aluguel. Se eu for comprar um aparelho desses, eu vou ter que desembolsar, eu não tenho, nem todo mundo tem... em média uns R\$6000,00 ou mais para comprar um aparelho desses, então, isso aí é uma grande importância inicialmente, né? E através disso aí e o fornecimento de cateter que a gente usa, né? Tem que trocar de tempo em tempo, porque resseca... também é fornecido pelo PID. É a assistência que eles dão para a gente, a fisioterapia, tem as orientações deles, acompanhamento para pessoa, é... paciente acamado que tem escara no corpo, né? Ferida no corpo... tem a equipe de enfermagem para poder cuidar disso aí, fazer curativo, orientar as pessoas que são acompanhantes desses pacientes para não deixar piorar cada vez mais. Pena que não dá para todo mundo, né? (Caetano)

Seu Dário foi o quinto entrevistado e referiu ser portador de DPOC. Recebeu-me em sua casa acompanhado de sua esposa, que permaneceu durante todo o tempo da entrevista, sendo possível perceber que a presença da mesma é constante no apoio ao tratamento. Seu Dário e sua companheira residem com seus dois filhos e relatou a dependência da oxigenioterapia em grande parte do dia e que vem apresentando melhorias evidenciadas por meio de exames de gasometria. Este usuário mostrou alguns resultados de exames laboratoriais e o laudo médico entregues ao PID para a admissão ao Serviço. Demonstrou ter conhecimento sobre sua doença e limitações e, também, de seus direitos nos serviços de saúde.

[...] olha, vou falar com você... apesar dos pesares lá no [...] (hospital X) a gente entra lá mas acontece que o SUS paga parte depois que internou e agora que eu estive por lá, o enfermeiro chegava aplicava os remédios para mim, e a nebulização que era feita de 4 em 4 horas e eu acho que ele com pressa de ir ou não sei o que que havia, passava as 2 horas, cansei de olhar a nebulização fora do horário [...]. Isso é

atendimento pelo SUS, é a falta de humanidade, de ser mais humano, né? Se for, tiver rendimento, por exemplo, se uma pessoa for substituir a outra, outro funcionário, esse remédio podia fazer assim, né? Mas não, não sei que eles arranjaram, aí meu filho estava comigo, queria passar para meu filho que estava comigo, 'deixa de ser besta, ele é meu acompanhante'. Mas aqui não... com doutor [...], é gente boa, é tudo bacana, tanto ele e a equipe dele, que trabalha com ele do PID. Para mim é ótimo ser atendido em casa, e se tivesse que ser atendido no hospital? A gente teria que enfrentar a fera, a gente tem que ir, tem que consultar. (Dário)

A sexta visita domiciliar foi na residência de dona Valentina, portadora de Câncer de pulmão. Dona Valentina reside em uma casa muito simples, localizada em um dos pontos mais altos da cidade, em uma rua muito íngreme e de difícil acesso. Sua casa não possui portão, o chão é de terra batida e no interior da casa há muita poeira no ambiente e mofo nas paredes. Dona Valentina encontrava-se em uso de oxigenioterapia e apresentava muita dificuldade de falar, devido à dispneia intensa e relatou fazer uso constante de oxigênio suplementar. Disse que faz acompanhamento no município de Belo Horizonte, Minas Gerais. Dona Valentina comentou sobre a dificuldade em conseguir atendimento no posto de saúde de seu bairro e considera a localização de sua residência um agravante, pois dificulta seu deslocamento até o posto de saúde, devido a intensa falta de ar que sente ao subir sua rua, e que não recebe visita domiciliar de profissionais da APS. Mencionou, com tristeza e com momentos intercalados de silêncio, a demora do diagnóstico, o que considera ter contribuído para a piora de seu estado clínico.

[...] quando eu fiquei... por conta... que estava consultando com a cardiologista da policlínica, fiquei dois anos lá reconsultando e não estava descobrindo nada... Aí depois de dois anos que descobriram que eu tinha esse problema, se tivesse descobrido antes, eu acho que eu não tinha chegado à situação que eu cheguei. Porque eu fiquei bastante mal mesmo! (Valentina)

Jorge, o sétimo entrevistado, contou que sua busca por atendimento à saúde vem de muito tempo. Segundo seus relatos, devido a um erro médico em uma cirurgia de hérnia de disco ficou com paralisia de membros inferiores. Após isso relatou que teve úlceras por pressão na região sacral e que possui morbidades associadas, como diabetes melitos, hipertensão arterial, insuficiência cardíaca e recentemente desenvolveu doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC). Jorge relatou que mesmo sendo portador de DPOC não consegue abandonar o cigarro. Sobre isso, informou saber de todos os riscos do uso e dos benefícios do

abandono do cigarro, mas que mesmo tendo acesso à informação não consegue parar de fumar.

Tem 11 anos que estou na cadeira. Foi uma cirurgia errada... De um médico que me operou aí de coluna... Foi é... Estenose... começou a comprimir a medula então tinha que abrir para a medula respirar, né. Só que aprofundaram no bifurcador, então, quando foi bifurcar o canal medular aí lesou o nervo da área periférica, comprometeu as pernas. A vida toda normal, só não ando. Entendeu? A perna não aguenta o peso. Por causa dessa cirurgia errada eu fiz onze... Eu tenho o corpo todo cortado... Essa é a minha história, né? Se eu te contar minha história direitinho... tem muita coisa aí. Se eu for te contar direitinho o que eu passei... nossa, é muita... e tudo que eu te falar eu posso te provar. [...] e devido eu estar na cadeira de rodas eu não posso ficar esperando. Não posso porque... é... uma coisa puxa outra é... por eu estar na cadeira de rodas eu tenho o corpo mais sensível... Pois o organismo, o organismo da gente está com as defesas fracas. Então às vezes você está cuidando de uma coisa e está vindo outra... e no meu caso aqui por eu ser um cadeirante fica muito mais difícil. Então eu tenho que estar correndo atrás... então, eu não posso estar... esperando acontecer. Eu tenho que fazer acontecer, então eu não posso esperar acontecer. (Jorge)

A oitava entrevista foi com Marli, cuidadora e sogra de Jussara, sua nora. Jussara é usuária do PID há seis meses com quadro de encefalopatia anóxica. Jussara encontrava-se no quarto, acamada, inconsciente, em uso de sonda enteral. Corpo caquético e atrofiado. Possui úlcera por pressão em quadril lado direito em fase de cicatrização. A cuidadora refere que a cama foi cedida pela prefeitura e relatou que no período em que a usuária estava internada no hospital havia cursos para os acompanhantes de usuários que necessitariam de cuidados domiciliares após a alta. Marli falou que a equipe de enfermagem orientou como movimentar a usuária na cama, a como cuidar, como dar banho, entre outros. Marli refere que as fraldas são compradas e que ainda não conseguiu ajuda para tal. No dia da entrevista seu filho (esposo da usuária) estava presente na casa, mas não participou da conversa. Marli mencionou com tristeza sobre o momento de adoecimento de Jussara e sobre o significado positivo de ter a ajuda do PID.

Quando ela... foi comer um pedacinho de salsicha desse tamanhinho, ela engasgou com a salsicha, ela foi para o pulmão. Eles (médicos) entubaram ela lá no pronto-socorro. Isso foi antes, ela era novinha, tinha 25 anos... Isso traumatizou a gente... acabou com a gente. Foi quando ela adoeceu mesmo... Ninguém esperava né... Eu chorava tanto, eu ficava acompanhando ela dia e noite, pessoal achava até que eu era a mãe dela, eu choro que nem mãe dela. [...] Parece até que nós somos até 'puxa-saco', mas não é não filha, sabe por que? Primeiro Deus depois foi essa mão forte que nos ajudou, o PID. (Marli)

O nono local de visita domiciliar para a realização da entrevista e observação foi no bairro Cidade Nobre. O entrevistado foi o Sr. Joaquim, esposo de Marina, usuária do PID há quatro anos. Segundo Joaquim, há seis anos sua esposa teve um quadro de câncer no cérebro e foi tratada com radioterapia. Posteriormente, Marina submeteu-se a uma cirurgia para retirada do tumor, ficando com sequelas. A usuária não movimentava o corpo, não conseguia falar e se alimentava por via oral. Joaquim tem o auxílio de duas cuidadoras formais e de uma empregada para auxiliar nos cuidados. Também contratou uma fisioterapeuta particular com prestação de assistência três vezes por semana. Joaquim e Marina residem em um apartamento bem localizado, com uma ótima estrutura, inclusive um elevador próprio para facilitar o transporte da usuária. Joaquim afirmou ter sido dono de farmácia por mais de 30 anos, o que possibilitou investir na formação de seus quatro filhos: dois médicos, uma farmacêutica e uma fisioterapeuta. Somente uma filha reside atualmente em Ipatinga. Contou que os gastos com sua esposa são custeados por seus filhos. Durante a entrevista, as cuidadoras formais levaram Mariana até a sala após a higiene corporal. A mesma permaneceu em uma poltrona próxima ao local da entrevista durante todo o tempo.

Durante o tempo que eu trabalhei, uns 60 anos de farmácia, o que eu ganhei em farmácia eu construí prédio e investi nos meus filhos. Hoje eu vivo com uma, uma pensão, uma aposentadoria fraca, um aluguel pequeno que eu tenho aqui na loja e mais a ajuda dos filhos. Porque aqui cada um (filho) paga um funcionário... cada um, se um paga um funcionário, o outro paga a fisioterapeuta... (Joaquim)

A décima entrevista foi realizada com a Eva, cuidadora e sobrinha de Mário. Eva relatou que seu tio sofreu uma queda de uma escadaria em dezembro de 2011, o que resultou em um traumatismo craniano. Eva referiu cuidar de seu tio, que não se casou e que não tem filhos. Eva relatou que seu tio é portador de diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica e que necessita de atendimento na Atenção Primária à Saúde. Contudo, a Unidade de Saúde perto de sua casa não está oferecendo visitas domiciliares, o que acarreta dificuldades de transporte de seu tio para a realização de consultas, uma vez que o mesmo se encontra acamado e inconsciente. Eva falou sobre a importância do PID no atendimento domiciliar a adultos acamados e desabafou sobre sua insatisfação com o trabalho de alguns profissionais de saúde, que atuam com descaso. Comentou que já se sente bem informada em relação a certos cuidados de saúde sendo que já foi responsável pelo cuidado de sua mãe durante um

período aproximado de 10 anos e que agora, praticamente sozinha, cuida de seu tio e ressalta o sofrimento que causa cuidar de um familiar em casa.

Ah... sinceramente, estou tão chateada com a saúde daqui! Que tem vezes que eu não gosto nem de conversar, para não ficar estressada com esse povo, mas ali no posto não estou podendo contar muito não, não estou podendo contar com esse povo ali não, infelizmente. [...] Deveria colocar mais gente competente na saúde, porque formar qualquer um forma e pronto, mas tem que colocar a pessoa que sabe trabalhar, eu não sou formada em nada, trabalhei no cuidado da minha mãe, foram mais de dez anos, meu Deus do céu! Agora cuido do meu tio... é cansativo, é sofrido, é um serviço cansativo, eu entendo muito bem, mas cuidar de uma pessoa acamada é difícil, mas né? A pessoa entra nessa área porque gosta, isso aí é que eu penso entendeu? Não tenho nada contra, mas muita coisa deixa a desejar, entendeu? (Eva)

Adão é esposo de Marcela, uma usuária do PID que possui sequelas de acidente vascular cerebral (AVC), estando acamada desde 2005. Relatou que sua esposa sofreu o AVC quando tinha 32 anos devido a complicações de hipertensão arterial sistêmica não tratada. Adão contou que sua esposa sentia fortes dores de cabeça e que sabia dos riscos de não fazer uso das medicações prescritas, mas que mesmo assim não aderiria ao tratamento de forma contínua. Adão e sua esposa têm uma filha de 17 anos que estava em casa no momento da entrevista. Ainda relatou que cuidar de uma pessoa acamada em casa tem muitas dificuldades, mas que ainda sim, não abre mão de ter sua esposa por perto. Adão referiu sobre os benefícios do cuidado domiciliar mencionando que seria importante a ampliação do mesmo devido à ajuda que proporciona.

É difícil... porque a luta com a pessoa acamada em casa... é muito chato. Porque a gente não tem hora e energia para nada... É mais é trabalho, trabalho em casa, você sai muito pouco, tem que ficar, se eu saio os filhos têm que ficar, se os filhos saem eu tenho que ficar, então é uma luta constante. Tenho certeza que seria bom que muitas pessoas mexessem com saúde, programa de saúde em casa, porque dificulta tudo... [...] E em casa é melhor. Eu acho que em casa é melhor. A possibilidade em casa, ao invés que seja lá fora, mas em casa é melhor por causa do carinho que a gente tem, o contato com a pessoa, eu acho que ajuda muito, a gente sente falta da pessoa. O sofrimento é grande... É grande... mas, é... no meu caso, eu não abriria mão dela para poder levar para outros lugares para cuidar não. A menos que eu esteja junto né? Mas, abrir mão do problema de saúde dela, não. (Adão)

A décima segunda visita foi realizada com Rute, filha e cuidadora de Helena, de 86 anos, que se encontra acamada após um quadro de AVC. Rute tem um filho que permaneceu presente no momento da entrevista. Dona Helena também recebe cuidados de uma

enfermeira, contratada há um ano. A enfermeira estava dando banho em Helena e oferecendo os demais cuidados. Ao final da entrevista, Rute me convidou a conhecer sua mãe me conduzindo até seu quarto. Neste momento a enfermeira estava oferecendo uma dieta para a usuária. Rute mencionou sobre a necessidade de ampliação do atendimento domiciliar. Sobre isso, ela referiu que possui quatro vizinhos acamados, mas que, ainda, não são atendidos pelo PID.

Ela teve três AVCs (acidente vascular cerebral), isso. Aí, porque os outros ela conseguiu se recuperar. O último que não houve jeito. E quando ela voltou o ano passado? Já fez um ano que ela está acamada! Aí ela já voltou assim, entendeu? Então foi aonde... Quando ela saiu do Hospital, o médico disse que a gente teria que acostumar com a ideia, que ela não iria mais andar, não iria mais comer, 'parará', 'parará'... Ela estava muito ferida, com o corpo muito ferido... [...] O pessoal aqui da minha rua, são... três acamados. Três pacientes acamados. O único que tem o PID é ela. Então assim... minto, semana passada chegou um, são quatro agora! Porque um Senhorzinho teve um problema também e agora está acamando, então, e só ela tem. (Rute)

A entrevistada Cristina, de 44 anos de idade, é esposa de João, um senhor de 84 anos que também se encontra acamado e inconsciente em sua casa, usuária do PID desde janeiro de 2012. Cristina e seu esposo têm dois filhos adolescentes que moram com eles. Cristina contou que seu marido é portador de doença de Parkinson. Relatou momentos de tensão que acontecem ao cuidar de uma pessoa doente em casa. Durante a entrevista se mostrou muito atenciosa e dedicada aos cuidados prestados a seu esposo, se emocionando com momentos de choro ao falar sobre a dificuldade de presenciar o sofrimento de um ente querido.

[...] nos primeiros dias (depois da alta hospitalar) você fica muito cismado, né? Com medo dele passar mal, como é que vai ser, depois você vai pegando o jeito fica mais tranquilo... depois começou com o atendimento do PID, né? Aí você fica com a cabeça melhor, sabendo que se ele passar mal, vou avisar as meninas, e elas vão avisar o médico e ele vem, né? Ah, se precisar fazer um curativo que é mais assim também, as meninas vão ensinar, vai ajudar, aí você fica com mais segurança né? Sabendo que não está sozinho, tem quem sabe mesmo, a gente vai pegando o jeito como diz: 'aprendendo no dia a dia, na marra' como diz o outro, né? Assim, eu não acho, assim, difícil cuidar dele. Assim, a gente fica meio inconformada com a situação da pessoa... que até então nem sabia que a pessoa vinha para casa com sonda, essas coisas. Na minha cabeça isto era só no hospital, eu pensava: 'Ah... Quando for para casa vai tirar isso tudo, né?' A pessoa vai ficar acamada, na minha cabeça, acamada ela só não iria poder andar, né? Não iria ficar assim. Machucado, sem falar... isso tudo. Mas assim, isso aí adapta naquilo, acostuma, e assim não acho difícil, a parte mais difícil que eu acho é ver o sofrimento da pessoa... (Choro). Porque você faz tudo, mas passa a não fazer nada. (Silêncio) Mas... trabalhar é difícil, assim, tudo..., tudo na vida dá trabalho, tudo na vida antes de você começar a fazer também é difícil, depois você acostuma, dá conta. É tudo, mas agora você não acostuma ver a pessoa sofrer (Choro). (Cristina)

A décima quarta entrevista foi realizada com Júlia, usuária do PID desde 22 de julho de 2010 devido a um acidente que causou um quadro de paraplegia. Júlia relatou que ainda não teve acesso a um tratamento de reabilitação, e por isso precisa do cuidado constante de sua filha de 15 anos que realiza todos os cuidados com a casa e, também, com ela. Júlia não consegue se transportar para a cadeira de rodas sem o auxílio de uma pessoa e relatou estar aguardando uma vaga para o tratamento de reabilitação no Hospital Sarah Kubitschek. Júlia falou sobre a importância do serviço prestado pelo PID, também afirmando ser necessário manter e ampliar tal serviço.

Eu ainda consigo mexer com as mãos, tem paciente que nem com as mãos consegue mexer e com o PID, essa ajuda é bem melhor entendeu? Sem o PID, nosso Deus... Eu acho que o PID é muito importante, muito... nosso Deus, muito importante. Não só no nosso caso de deficiente, mas tem pessoas idosas também, entendeu? Pessoas novas com escaras, eles ajudam muito, olham direitinho, entendeu? Eu acho o serviço do PID muito importante... Deveria ter em todas as cidades e não acabar nunca. (Júlia)

A última entrevista realizada foi na casa de Cecília, de 46 anos, esposa de Francisco, usuário do PID. Cecília relatou que seu marido é atendido no PID há nove anos e se considerou uma pessoa rica em informações devido ao tempo que convive com a equipe do PID. Francisco sofreu um aneurisma cerebral aos 41 anos, há nove anos, e desde então ficou acamado, inconsciente, sem resposta a estímulos externos. Cecília falou que quando seu marido adoeceu, um de seus filhos tinha quatro anos e o outro com um ano e meio. Sobre isso falou, intercalando com momentos de choro, sobre a dificuldade de cuidar de seu marido e também de duas crianças. Disse que acredita que as coisas não acontecem por acaso e que se isso aconteceu com sua família foi porque Deus confiou seus cuidados a ela e que por isso suportou e ainda suporta todo o peso de ser cuidadora. Cecília contou que se preocupa com o sofrimento de seus filhos ao verem o pai na situação em que se encontra e, também, em como isso repercutirá no processo de crescimento e desenvolvimento dos mesmos. Mas que, sobretudo, confia que seus filhos serão pessoas de bem e que valorizarão a vida. Falou de forma muito emocionada sobre a importância do cuidado oferecido pelo PID, sobretudo da equipe de enfermagem que oferece apoio técnico e, também, emocional.

Nossa, como diz, é uma experiência muito triste (de ser cuidadora). [...] A gente não imagina que vai acontecer na vida da gente, é uma mudança muito grande, mas

também, assim, é muito triste, falando hoje, a gente vê que a pessoa vai morrendo aos poucos, sabe? E assim, você se desdobra, a gente faz de tudo, mas, assim, a gente não tem um resultado, vamos dizer uma melhora, entendeu? Mas eu falo que graças a Deus... que Deus está me dando saúde e coragem, mas que é fácil, não é não. É muito doloroso, eu falo que é um aprendizado muito grande para mim e para meus filhos. Eu espero que com certeza no futuro eles vão reconhecer diante de tudo que estão vendo, que estão passando... A gente sofre, imagina eles, mas, não é fácil. [...] Mas, a realidade é que ele está indo a cada dia, a pessoa vai morrendo aos poucos mesmo. Mas eu estou fazendo a minha parte, eu tenho certeza que a vitória é maior. (Cecília)

As narrativas apresentadas por usuários e cuidadores revelam características semelhantes no que concerne à vivência do cuidado domiciliar, como o sofrimento dos cuidadores e a dificuldade de acessar de serviços de saúde. Emergem, ainda, críticas ao Sistema de Saúde, que devem ser levadas em consideração para a esta investigação. Embora sejam comuns alguns aspectos, ressalta-se que cada sujeito apresentou singularidades, sendo estas entendidas como características únicas, particulares, exclusivas e especiais.

Na sequência serão apresentados os achados relevantes para a compreensão das questões do estudo provenientes do conjunto de dados mediante a apresentação de discussão das categorias temáticas construídas. Retomam-se aqui o conjunto de questões que nortearam este estudo: Como os profissionais de saúde que atuam no serviço de AD compreendem a estruturação da rede de atenção à saúde de Ipatinga? Que estratégias são utilizadas pelos profissionais para propiciar a articulação da AD com os demais serviços da rede de atenção à saúde de Ipatinga? Como os usuários compreendem a estruturação da rede de atenção à saúde de Ipatinga? Quais são os caminhos percorridos pelos usuários na RAS de Ipatinga?

5.1 Estruturação da Rede de Atenção à Saúde no município de Ipatinga: entre o real e o prescrito

Nesta categoria apresentam-se aspectos considerados relevantes pelos sujeitos deste estudo para a estruturação da RAS, mencionando sua estruturação no município de Ipatinga/MG e considerações sobre o PID neste contexto. Posteriormente, discutem-se os aspectos evidenciados por profissionais de saúde, usuários e cuidadores do PID como fundamentos para a estruturação da RAS com especial ênfase para o acesso, a integralidade, a

resolutividade, a universalidade e a organização dos serviços. Finalmente é feita a discussão sobre a realidade e os aspectos prescritos da rede.

No que concerne à disposição dos serviços de saúde, a organização da RAS no município de Ipatinga foi evidenciada nos depoimentos de dois profissionais, os quais salientaram os diferentes tipos de serviços que compõem a RAS desse município.

Em Ipatinga 60% da população é coberta de PSF {Programa de Saúde da Família} o restante tem as UBSs {Unidades Básicas de Saúde}, tem a policlínica que atende as especialidades e o Hospital Municipal. (P01)

Seriam serviços primários no caso de unidades de saúde, em seguida estariam os hospitais, e o PID também. (P02)

Os usuários também evidenciam os tipos de serviços de saúde que conhecem e utilizam efetivamente no cotidiano. Caetano descreve os serviços de saúde de Ipatinga de acordo com suas vivências, mencionando a distribuição em diferentes pontos da RAS.

Hoje tem mais é o hospital municipal e as unidades de saúde nos bairros, né? Cada bairro, dependendo do tamanho do bairro, tem duas unidades de saúde, igual o bairro Anchieta mesmo tem duas unidades. Então, esses atendimentos, essas consultas de rotinas que o clínico geral faz nas unidades de saúde, medicamento. esse tipo de coisas a gente pega na unidade de saúde. Agora, quando é uma coisa mais grave um pouco, dependo da situação aí a gente vai para o hospital municipal que no caso tem mais médicos, você tem mais recurso, né? No caso é depender da gravidade da situação aí já vai fazer o exame, faz a avaliação, se precisar ficar internado, fica e aí faz o tratamento. Tem a policlínica também que eu uso o especialista, no meu caso, por exemplo, pneumologista. É... todos os especialistas atendem na policlínica, então, por exemplo, eu tive uma consulta, o resultado da espirometria com o doutor [...] foi no dia dez, então daqui a 90 dias eu volto nele novamente, já está marcado... aí eu tenho que agendar na unidade de saúde que através da unidade de saúde ela faz o agendamento já com data e horário, né? Para eu já comparecer nessa data no final dos 90 dias. Todos os especialistas na policlínica a gente encontra, neurologista, cardiologista, psiquiatra, né? Pneumologista, ortopedista. (Caetano)

Assim como Caetano, outros entrevistados demonstraram compreender a organização dos serviços de saúde de Ipatinga vinculada à oferta de diferentes serviços, geralmente relacionados a diferentes graus de complexidade estabelecidos pela organização do SUS: atenção primária à saúde representada por serviços oferecidos nas unidades básicas de saúde ou unidades de saúde da família; atenção secundária representada pela Policlínica Municipal e outros serviços de especialidades médicas; e atenção terciária representada pela rede hospitalar. Tais aspectos são evidenciados, também, por Dário e Jorge.

Conheço o posto de saúde, Formoso, Pinheiro, porque antes de fundar este posto aqui eu já frequentava lá no bairro Cidade Nova, tem a policlínica e o hospital municipal. (Dário)

Ah... tem é, o posto de saúde que fica fora aqui do bairro, fica lá no Panorama. Tem o Pronto Socorro Municipal e também tem a Policlínica, tem a UISA {Unidade Integrada de Saúde}. São acessos que atendem a área de saúde, né? Da assistência de saúde. É o que conheço. (Jorge)

A respeito dos serviços de AD, o PID é mencionado pelos sujeitos como uma modalidade de atendimento que compõe a RAS de Ipatinga. Ao relatar sobre a inserção do PID na RAS, Adão faz uma analogia dos serviços de saúde que compõem a RAS do município como uma grande família, sendo o PID um membro desta. Neste sentido, denota-se que o PID é um ponto da RAS assim como os outros serviços que a compõem, já citados.

Eu acredito que o PID faz parte... Tudo é mesma coisa, como se fosse uma família, né? Porque tudo é, é educativo né? Acredito que eles podem trabalhar juntos como se fosse uma família. Por que, é... Quando a gente precisa do posto, tem coisas que no posto não dá para atender emergência, aí eu vou é pelo Pronto Socorro, e o PID também vai pelo Pronto Socorro, então eu acredito que é uma família só. (Adão)

A concepção de Adão pode ser assumida como algo voltado para o ideal da RAS. Cabe salientar que, na cultura Ocidental, uma família representa um agrupamento de pessoas que se destinam a cuidar uns dos outros. Quando uma família se encontra fortemente estabelecida, os filhos dependentes têm um suporte integral, incluindo o emocional, social, econômico, entre outros. Seguindo-se esta analogia, quando uma família se rompe os filhos dependentes ficariam abandonados e sem o suporte citado. Os filhos podem ser comparados, portanto, com os usuários dos serviços de saúde que são dependentes da estruturação da RAS, a família.

Neste contexto, cabe mencionar o relato de Jorge em que evidencia a segmentação da RAS, ou seja, o PID é algo a parte do restante dos serviços devido ao fato de propiciar o cuidado diferenciado no local de residência do usuário.

[...] o PID ele é um... completamente separado. Por que separado? Porque é, dá mais atenção, entendeu? É na residência. E pelos outros (serviços de saúde)... como é que as pessoas sobrevivem? É pelo milagre de Deus. Existe um milagre neste meio, porque se depender da Prefeitura, do tratamento médico sinceramente, a gente pena muito. (Jorge)

Seguindo este relato, pode-se inferir que tenha ocorrido o rompimento com a família representando a RAS, citada por Adão anteriormente. Ao mesmo tempo, pode-se inferir que existe uma representação positiva do PID apesar de este ser separado dos demais serviços, segundo relato de Jorge. Assim, Jorge faz a crítica ao serviço de saúde, afirmando que os usuários dos serviços públicos de saúde sobrevivem por um milagre.

Outro aspecto que emerge do depoimento de Jorge refere-se à diferença entre o PID, programa público de internação domiciliar de Ipatinga, e o *Home Care*, programa privado de AD.

[...] (O PID) É totalmente diferente do *Home Care* dos planos de saúde que aí fornecem. A diferença que eu acho é que... é que o *Home Care* ele tem, como eu diria... o profissional vem na sua casa, mas só que tem um detalhe, para você ter acesso a ele, você ter acesso a ele, se você não tiver um plano de saúde você não tem acesso ao *Home Care*, entendeu? E o PID não... o PID ele não está olhando cor nem raça social, entendeu? Raça e nem o nível social. O que acontece, tanto baixo até o alto, né, de cultura, o PID está atendendo, então não tem discriminação de ninguém. (Jorge)

Este depoimento reporta a discussão sobre a universalidade, princípio do SUS que preconiza a cobertura de atendimento a todas as pessoas. PID e *Home Care*, no Brasil, são duas formas de cuidado no domicílio, uma no setor público de saúde e a segunda pelas operadoras de planos privados de saúde. Sobre esta questão, considera-se que a “atual organização do cuidado domiciliar em saúde, no Brasil, tem visibilidade com o aumento no número de serviços que oferecem esta modalidade de atenção, em especial no setor privado” (SILVA *et al.*, 2012, p. 409).

Silva e colaboradores (2012) em estudo sobre a AD na saúde suplementar evidenciaram que os serviços de AD, ofertados por operadoras de planos de saúde de Belo Horizonte, são agrupados em três Modalidades: “Cuidados prolongados no domicílio”; “Atenção provisória no domicílio” e “Uso intenso de tecnologias e de cuidados”. A primeira modalidade de cuidado caracteriza-se por serviços que oferecem cuidado prolongado no domicílio geralmente em situações de doenças crônicas. A modalidade de atenção provisória no domicílio, por sua vez, caracteriza-se utilização da visita domiciliar para prestar assistência por menores períodos de tempo, comumente em casos agudas para conclusão de tratamento e/ou adequação do usuário e da família em novas situações de cuidado. A terceira forma de cuidado, denominada como uso intenso de tecnologias e de cuidados, caracteriza-se pelo uso

de tecnologias e de cuidados mesmo que de curta duração tais como na oferta de cuidados paliativos, de Ventilação Mecânica, de Internação domiciliar, entre outros.

Mediante o exposto, Franco e Merhy (2008, p.1511) consideram que a AD “se afirma como um importante dispositivo de reestruturação produtiva na saúde suplementar, configurando assim modos diferentes de produzir o cuidado”.

Ressalta-se que o atendimento domiciliar disponibilizado por seguradoras de saúde contribui para a redução de custos, uma vez que propicia a redução do tempo e do número de hospitalizações e, também, a minimização da demanda por serviços de pronto-atendimento. Concomitantemente, o *home care* proporciona “um cuidado mais qualificado a usuários com dependência funcional tais como portadores de [...] condições crônicas, o que justifica o investimento em larga escala nesta modalidade de cuidado” (SILVA *et al.*, 2012, p. 412).

Foi possível apreender neste estudo que o serviço prestado pelo PID, no contexto do SUS é visto como algo positivo e importante pelos usuários, conforme ilustrado.

O PID deixou uma imagem para mim muito boa, não é aquela coisa de faz de conta: ‘eu vou ver... talvez... Isso não é possível! Não... eu não vejo o PID dessa forma... Essa imagem não passou para mim. A imagem que passou para mim foi muito positiva. (Jorge)

A possibilidade da AD proporcionar um cuidado resolutivo e eficaz ao usuário foi relatada por Jorge como um aspecto singular nesta modalidade de atenção. Ressalta-se que a AD possibilita o contato com a realidade e contexto de vida do sujeito, propiciando a construção de um projeto terapêutico condizente com as reais possibilidades e demandas do usuário (ANDRADE *et al.*, 2013).

É reconhecido que a AD propicia um cuidado inovador e singular em saúde, configurando-se como substitutivo, pois opera seguindo a lógica de desinstitucionalização (FEUERWERKER; MERHY, 2008). A particularidade do trabalho nesta modalidade de assistência está associada ao uso de diferentes saberes além do científico, proporcionando uma relação mais próxima com usuários e famílias assistidos no seu cotidiano de vida. Assim, os profissionais podem “defrontar-se com universos culturais e sociais complexos e polêmicos”. E é nesta particularidade da AD que surge a possibilidade de “interação, superação de preconceitos, invenção de soluções e resgate de redes de solidariedade” (FEUERWERKER; MERHY, 2008, p. 183).

Sobre a oferta de serviços de AD, torna-se significativo complementar com o depoimento de um dos profissionais de saúde, P04, a discussão a respeito da oferta de serviços de saúde em Ipatinga:

[...] eu acho o serviço, assim, de atenção domiciliar, ele é fundamental... Igual, eu não sei como que funciona onde não tem... Como que deve ser esses pacientes acamados de Timóteo? Que que eles arrumam? Quem não tem dinheiro para pagar um fisioterapeuta, que que eles fazem, entendeu? Será que o PSF dá conta? Será que a unidade de saúde dá conta? Será que a unidade faz as visitas? Não sei. (P04)

Assim, é reforçada a importância desta modalidade de cuidado como um constituinte da RAS. Ressalta-se que a AD possui potencial em se adequar a diferentes pontos da rede assistencial de saúde, podendo, portanto, fazer parte de serviços em todos os pontos de atenção (ANDRADE *et al.*, 2013; BRASIL, 2011a).

Tendo em vista o cenário apresentado por meio dos depoimentos, aspectos relevantes para a estruturação da RAS emergem ligados a este contexto. Para os profissionais de saúde, o conceito de RAS está atrelado ao acesso do usuário aos serviços de saúde, havendo referência à integralidade como princípio para assegurá-lo, conforme ilustrado.

É... a Rede de Atenção à Saúde, ela é uma rede de forma... o objetivo é garantir o acesso aos usuários em todos os níveis, tanto primário, secundário de forma a oferecer a atenção integral ao paciente, ao usuário. (P01)

Acho que é a forma do cidadão ter acesso ao serviço de saúde em geral. (P02)

Os depoimentos citados estão em consonância com o objetivo da RAS instituído pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em seu item “Conceitos”:

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2010, p.5).

Dois aspectos relevantes de RAS foram citados nos depoimentos de P01 e P02: o acesso e a atenção integral à saúde. Nesse contexto, Conill (2004, p. 1420) destaca que:

a avaliação da integralidade vem associada ou mesmo confundida com medidas de acesso. Um conjunto amplo de ações ofertado num sistema de saúde só terá

efetividade na medida de sua utilização com equidade. Da mesma forma, não interessa ter acesso a cuidados parcelares e descontínuos. Ou seja, na realidade, o que vale a pena verificar é se está ocorrendo acesso a um sistema com cuidados integrais.

Em uma aproximação com o conceito de acesso, ressalta-se que o mesmo “não é consenso na literatura, sendo também variável a terminologia empregada” (AZEVEDO; COSTA, 2010, p. 798). Menciona-se que a existência de um serviço de saúde em uma área geográfica não significa, por si só, a efetiva utilização pelos usuários (SILVA, 2005). O acesso aos serviços de saúde possui como variáveis intervenientes o entendimento do usuário, que constrói o seu próprio caminho e estratégias de acesso e, também, a organização da rede (SOUZA, 2012). Estudos apresentam uma análise do acesso aos serviços de saúde, mesmo não sendo o objeto principal de pesquisa, identificando o acesso como um desafio para a efetivação dos serviços de saúde (DIMENSTEIN *et al.*, 2003; ELIAS *et al.*, 2006; AZEVEDO; COSTA, 2010; SOUZA, 2012).

Ressalta-se, todavia, que a despeito das diferenças identificadas, os conceitos de acesso e integralidade se relacionam. Souza (2012, p.258) revela que o acesso constitui-se “o primeiro passo para a integralidade, mas não a garantia da efetivação dela” uma vez que caso “não haja acesso aos pontos de atenção conforme a necessidade do usuário”, não se pode falar em assistência integral. Ademais, esta autora reforça que ainda existem

[...] barreiras de dimensão técnica do acesso (referentes, por um lado, à utilização e às dificuldades do usuário para concretizar o atendimento e, por outro, à oferta dos serviços de saúde, o seu planejamento e a organização dos recursos de que dispõe) que comprometem a integralidade (SOUZA, 2012, p. 258).

Mediante o exposto, cabe mencionar que o termo integralidade no Brasil aparece no artigo 198 da Constituição Federal de 1988, descrito como “atendimento integral” à saúde, sendo, também, citado como uma diretriz do SUS (MATTOS, 2001). Surge, pois, um sentido para integralidade como um princípio do SUS, sendo referente à integração dos atos preventivos e curativos, individuais e coletivos, nos diferentes serviços de atenção à saúde (KANTORSKI *et al.*, 2006).

Nessa perspectiva, o termo integralidade possui vários sentidos, sendo descritos por Mattos (2001) como um marco diferencial do SUS. Um primeiro conjunto de sentidos, descrito por Mattos (2001), remete a uma crítica ao Sistema Flexneriano caracterizado por atitudes fragmentárias e reducionistas frente a usuários, em que as práticas de integralidade

são contrárias às práticas biomédicas voltadas para queixas e verificação de existência de doenças e riscos à saúde. Um segundo conjunto de sentidos da integralidade refere-se à organização e práticas dos serviços de saúde, em que há uma crítica à existência de diferentes acessos a serviços assistenciais. A noção de integralidade, assim, exigia uma “horizontalização” de modelos que eram, até então, verticais. Nesse caso, a integralidade deixa de ser uma atitude e passa a ser uma característica no modelo de organização do processo de trabalho. O terceiro conjunto de sentidos está relacionado às práticas políticas especiais, voltadas para grupos específicos da população. Nesse sentido, as políticas devem considerar os indivíduos como seres integrais e, ademais, cabe ao governo fornecer respostas e garantir resolutividade aos problemas de saúde pública.

Destaca-se, pois, que em todos os sentidos que a integralidade possa assumir ela representa, acima de tudo, a fuga do reducionismo em saúde e subjacente a todos os sentidos está o princípio do direito universal ao atendimento das necessidades de saúde da população (MATTOS, 2001). A relação entre integralidade e acesso, portanto, se traduz na concretização do princípio da universalidade, em que todas as pessoas têm o direito de atendimento às suas necessidades de saúde, sem impeditivos (MATTOS, 2001).

Neste sentido, a experiência de acesso dos indivíduos no contato direto ou indireto com os serviços de saúde diz muito a respeito da capacidade do sistema em corresponder às suas expectativas e necessidades; em garantir-lhes um direito humano e social - o direito a ter saúde - que, no âmbito das políticas públicas, deve refletir o respeito às múltiplas singularidades que compõem a complexa demanda da população usuária. [...] Nessa linha de pensamento, operacionalizar o conceito de acesso aos serviços de saúde implica considerar a relação que se estabelece entre os indivíduos e o sistema de saúde, num contexto de necessidades complexas e de respostas, na maioria das vezes, limitadas (AZEVEDO; COSTA, 2010, p. 799).

A promoção de ações em saúde de forma contínua, integral com melhoria nas formas de acesso aos serviços de saúde é um dos objetivos da construção da RAS no Sistema de Saúde brasileiro (BRASIL, 2010).

Porém, quando P01 refere-se aos “níveis de atenção”, em sua fala anteriormente apresentada: “[...] *garantir o acesso aos usuários em todos os níveis, tanto primário, secundário* [...]”, o conceito de Rede de Atenção à Saúde assume características de uma rede verticalizada com traços de hierarquia entre os diferentes serviços. Cabe salientar que uma das diretrizes da RAS refere-se à necessidade de superação do atual modelo de atenção à saúde no SUS. Assim, a lógica de organizações hierárquicas rígidas deve ser substituída por redes

estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2008).

Neste sentido, seguindo a lógica de organização em RAS os níveis de atenção à saúde devem ser superados pela concepção de diferentes pontos da rede, buscando-se a valorização equânime de diferentes serviços. “Os pontos de atenção à saúde são entendidos como espaços onde se ofertam determinados serviços de saúde, por meio de uma produção singular” (BRASIL, 2010, p. 6). Portanto, “Todos os pontos de atenção a saúde são igualmente importantes para que se cumpram os objetivos da rede de atenção à saúde e se diferenciam, apenas, pelas distintas densidades tecnológicas que os caracterizam” (BRASIL, 2010, p. 6).

Um dos profissionais de saúde do PID referiu não ter conhecimento do conceito de RAS, o que chamou de “*essa área*”. Evidencia-se que P03 não percebe a estruturação da RAS em sua prática profissional e refere-se aos possíveis resultados que poderiam ser atingidos mediante a efetiva organização em RAS.

Agora, eu estou te falando, essa área eu não entendo, eu vou te falar só do PID porque essa área (sobre RAS) eu realmente não tenho conhecimento [...] aí eu não tenho vivência entendeu? Não tenho nenhuma vivência nessa área então assim, porque se eu te falar não será uma coisa verdadeira, real. [...] Ah... se realmente tivesse uma rede de atenção à saúde estruturada teria uma melhoria na qualidade do atendimento a esse paciente, na satisfação do usuário maior, menos hospitalização desse paciente, estariam mais equilibrado, mais controlado. (P03)

É possível apreender por meio do discurso de P03 uma relação de distanciamento entre o que é “prescrito” e o que é “real” no que concerne a temática de RAS. Neste sentido, ressalta-se que a

[...] concretização dessa imagem ideal de um “sistema sem muros”, eliminando as barreiras de acesso entre os diversos níveis de atenção – do domicílio ao hospital, especialistas e generalistas, setores público e privado –, ligados por corredores virtuais que ultrapassem de fato as fronteiras municipais com vistas à otimização de recursos e ampliação das oportunidades de cuidados adequados, embora consensual em seus princípios, tem se mostrado de difícil realização [...] (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S332).

No âmbito dessa reflexão, a integração entre os serviços de saúde orientada pelo modelo da RAS é considerada como um “modelo ideal” que propõe “aumentar a efetividade e a eficiência dos sistemas”, mas, que não é estabelecido na prática e no cotidiano dos serviços

de saúde (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 332). Há, portanto, um distanciamento entre o que seria ideal e o que é real.

Segundo Silva (2011), alguns desafios contribuem para a (des)estruturação da rede na prática, a saber: a oferta insuficiente de recursos para atender às necessidades da população, a expansão de cobertura insuficiente para atender na plenitude às necessidades assistenciais dos usuários do SUS, o baixo financiamento público, as contradições entre as políticas de formação e educação em saúde e as necessidades do sistema público e os problemas não resolvidos de gestão e regulação públicas na saúde.

De modo semelhante, um dos usuários do PID ao se referir sobre o conceito de RAS a partir de suas vivências, o descreve como algo que ainda não existe efetivamente. Para Jorge, RAS é algo importante e sério, mas que ainda não se traduz em resolução de suas necessidades. Entretanto, se revela como uma estratégia para se alcançar uma atenção desejada nos serviços de saúde.

Olha... seria... se for algo sério mesmo... Eu seria o primeiro a bater palma para isso. Se fosse uma coisa que tivesse uma atenção, uma atenção... afincado mesmo, aquela coisa que eu precisei vamos lá à rede de atenção e o pessoal vai me dar atenção, vai me ouvir, vai resolver o problema, para mim seria... é... o primeiro voto seria o meu, a favor... mas, se for simplesmente por causa do nome, só para dizer que tem o nome para mim seria descartável... eu não seria a favor... disso. Porque quando se diz atenção... a avaliação seria o seguinte, tem que ter o seguinte, tem que ter atenção mesmo, não é ter atenção do faz de conta... [...] Então, para você ter uma rede de atenção, você tem que estar atenta a tudo... chega eu lá ou chega um engenheiro, um mendigo, um da favela é tratado igual... não existe aquela separação, a atenção é a mesma... não é colocar panos quentes, 'ah, passa o bobo adiante'. Então, como se diz, essa atenção, é muito boa... se for levado a sério, mas a sério mesmo... de acordo com o nome, eu te falo, é muito bom, excelente! (Jorge)

Souza (2012) em estudo sobre a integralidade da atenção à saúde, baseado na análise da trajetória de usuários dos SUS, evidenciou que a atual organização do sistema de saúde se dá de forma inflexível e distante da realidade vivenciada e, também, das necessidades de saúde dos usuários. Ainda neste estudo, concluiu-se que:

Possivelmente, qualquer modelo assistencial idealizado, tomado de modo externo ao cotidiano dos serviços de saúde, acaba tendo tão somente um caráter estruturador, racionalizador, normativo e técnico, distanciado do dia a dia vivido pelas pessoas com suas experiências concretas de adoecimento e sofrimento. Portanto, não existe modelo ideal, qualquer modelo preconcebido é rígido e não seria capaz de abarcar a heterogeneidade, seja das desigualdades socioeconômicas, culturais e ambientais, seja pela própria dinâmica da realidade inerente à subjetividade dos usuários e dos profissionais. [...] O ideal seria um sistema capaz de moldar-se continuamente à realidade de modo crítico e reflexivo, buscando assistir à necessidade do usuário

com cuidado, dinâmica muito difícil de ser prevista em qualquer planejamento (SOUZA, 2012, p. 255).

Mediante o depoimento de Jorge, evidencia-se que a concretização da RAS pode possibilitar o alcance de alguns princípios do SUS, como a universalidade (*“chega eu lá ou chega um engenheiro, um mendigo, um da favela é tratado igual... não existe aquela separação, a atenção é a mesma”*), integralidade (*“tem que estar atenta a tudo...”*) e a diretriz resolutividade (*“não é ter atenção do faz de conta”*).

Sobre a resolutividade nos serviços de saúde, apreende-se que este termo seria o oposto ao que Jorge descreve como algo que seria indesejável em uma rede de atenção: *“colocar panos quentes”*, *“ah, passa o bobo adiante”*. A esse respeito, cabe mencionar que

um número muito grande de pessoas acaba tendo um atendimento incompleto, descontínuo e, portanto, insuficiente e inadequado para os seus problemas de saúde. É como se fosse dispensado um grande esforço e realizassem-se gastos enormes em atendimentos que poderiam ser considerados, sem exagero, como “atendimentos de mentirinha”. [...] Os usuários, mais do que ninguém, sabem que o atendimento recebido é paliativo e insatisfatório (CECÍLIO, 1997, p. 473).

Para Merhy (1994, p. 139), resolutividade *“é colocar a disposição do paciente toda a tecnologia disponível a fim de se conseguir o diagnóstico e o tratamento adequado a cada caso, a fim de abordar a dimensão individual e coletiva dos problemas de saúde”*, necessitando de uma abordagem integral dos problemas. Silva e Alves (2008) afirmam que usuários procuram as instituições de saúde buscando a resolutividade de seus problemas e, assim, o profissional de saúde deve atuar buscando dar respostas significativas às suas demandas e necessidades, fornecendo diagnósticos e implementando ações necessárias. Complementam que em situações em que *“a resolutividade do problema não pode ser alcançada, o profissional deve estar plenamente consciente de sua responsabilidade em realizar o encaminhamento adequado deste indivíduo”* (SILVA; ALVES, 2008, p. 77).

Sobre a relação entre a atenção primária e secundária, salienta-se que o encaminhamento para serviços especializados foi ressaltado por uma entrevistada, Valentina, sendo considerado como única forma de acesso a esse tipo de atendimento. Desta forma, o usuário necessita de acesso ao serviço de Atenção Primária para ter o encaminhamento para a especialidade de sua necessidade. Outro aspecto evidenciado refere-se à dificuldade do acesso propriamente dito, quando fala que *“não tem vaga”*.

[...] na policlínica só com encaminhamento, né... do posto de saúde e também é muito difícil porque não tem vaga [...]. Aí a situação está bem... é, complicada. (Valentina)

Sobre o encaminhamento nos serviços de saúde, Souza (2012, p. 247) complementa que: “Não bastou necessitar e o médico indicar, mas também o comprovar (“com-prova”). Por isso “encaminhamento”, “pedido” e “papéis” tomam vulto de objeto sólido e objetivo almejado, como nas narrativas: ir ao posto “pegar” encaminhamento”. Esta autora reforça que

Caso houvesse uma comunicação entre os profissionais dos níveis de atenção, menos burocrática, configurada neste no ato de comprovar a necessidade, o encaminhamento não seria tão valorado. O encaminhamento só é importante exatamente porque existe uma inefetividade da integralidade. E ainda contribui para a rarefação desta na medida em que o profissional o entrega a família ou usuário e isenta-se de responsabilidade, pois “os passa para frente”, responsabilizando o usuário e o sistema pelo alcançar deste encaminhamento (SOUZA, 2012, p. 247).

Ainda a respeito da prática de encaminhamento, ressalta-se que nos

pontos de atenção secundária de uma rede, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas são da APS. Ninguém chegará a esses centros, à exceção dos casos de urgências e emergências, se não for referido pela APS (MENDES, 2011, p.105).

Souza (2012) evidenciou em sua investigação que existe a prática de referência da UAPS para a atenção secundária, porém, a contrarreferência à APS não ocorre de forma real. Neste sentido, ressalta que os sistemas de referência e contrarreferência acontecem mais como forma de controle da demanda e não de responsabilização pelo usuário.

Outrossim, por meio das falas de usuários e cuidadores, é possível evidenciar o reforço aos serviços médico-centrados, com ênfase em procedimentos técnicos como exames e, também, receitas médicas e remédios. É o que se expressa nos seguintes trechos de depoimentos:

Posto de saúde eu já usei, depois do acidente até antes eu usava dentista, eu ia para fazer uma consulta quando eu passava mal, exames, né? É isso, eles também já me forneceram remédios para curativo depois que eu estou aqui em casa, remédios pra fazer a CAT {cateterismo vesical intermitente}, para fazer sonda são as coisas que eu conheço. (Alice)

Tem o posto de saúde, meio complicado porque não está tendo médico... aí é igual esse remédio mesmo que eu tomo, de vez em quando todo mês... tem que... te dão a receita médica, ainda bem que o Doutor [...] me atende com muito... muito carinho, aí toda vez que eu preciso da receita, ele faz para mim, porque no posto eu vou lá e

não consigo. [...] E no posto é muito difícil conseguir uma consulta, por exemplo, na... Na equipe verde, que é a equipe aqui da rua, aqui não tem médico. (Valentina)

O sistema de saúde brasileiro, durante boa parte do século XX, ficou sob a hegemonia do modelo biomédico. Este modelo enrijeceu a estrutura da saúde sob uma perspectiva individualista e curativa, reducionista e linear, visando os lucros possibilitados à assistência médica e à indústria da saúde, modelo totalmente incompatível com um sistema político democrático (ALMEIDA FILHO, 2010). Neste contexto, ressalta-se que, ainda, há a valorização aos serviços centrados em uma categoria profissional e, sobretudo, a práticas curativistas. Sobre isso, o estudo de Souza (2012, p.213) indica que a procura por serviços de saúde se inicia a partir da manifestação de sinais e sintomas, sendo esses considerados como “um ‘gatilho’, uma situação deflagradora da busca por atendimento – com destaque a dor”, havendo, portanto, a busca por atendimento médico.

Os momentos em que a doença se manifesta em exacerbação de sinais e sintomas marcam o que as pessoas denominam de “crise” e que os profissionais evidenciam como agudização (BELLATO *et al.*, 2009). Assim, percebe-se que a busca por serviços de saúde, muitas vezes, ocorre devido à agudização de seu estado de saúde e, desta forma, os serviços de saúde e profissionais de saúde prestam assistência neste momento específico, logo, de forma pontual.

Segundo Turci (2008, p.259), os quadros agudos “são casos que não se configuram como urgência ou emergência, porém necessitam de avaliação imediata por profissional de saúde e atendimento médico nas próximas 24 a 48 horas”. As condições agudas se caracterizam pela condição temporal limitada, manifestação repentina, de causa geralmente simples, com intervenções geralmente efetivas que levam à cura. Em um caso crônico agudizado o seu tratamento de forma descontínua acarretará em recidivas da agudização do caso (SOUZA, 2009).

Assim, usuários que apresentam quadros agudos são aqueles que têm uma ruptura no curso normal de sua vida, caracterizada por um processo patológico, sendo necessária assistência adequada. Uma das formas de busca para o atendimento aos casos agudos se constitui por meio do acesso à APS. Sobre esse ponto da rede, Adão relata que falhas neste serviço ocorrem devido à falta de médicos, por exemplo, devido à falta de reposição desse profissional durante o período de férias, prejudicando o atendimento. Nesses casos, torna-se necessário a busca por serviços de urgência.

Tem posto de saúde. Nós temos um posto ele é até bom, mas tem essa falha, né. Tem essa falha porque, é do ponto de vista que sai o médico de férias pode ser de qualquer equipe teria que ter algum para substituir porque se não substituir chegar lá não tem aquele médico e aí você tem procurar o pronto socorro. Chega lá costuma não ter médico, outra hora tá cheio demais, aqui é o Hospital Municipal de Ipatinga, né. E... Tem esses problemas, né. [...]. (Adão)

Os serviços de atenção primária à saúde (APS) são considerados como a porta de entrada preferencial dos usuários do serviço público de saúde, mas ainda possuem algumas dificuldades para atender aqueles que os procuram em sua totalidade. Há dificuldades em relação aos agendamentos, procura espontânea e, principalmente, nas situações caracterizadas como “casos agudos”. Ressalta-se que o termo “porta de entrada” aos serviços de saúde refere-se aos serviços de atendimento inicial à saúde do usuário no SUS.

Conforme o depoimento de Adão, observa-se que os serviços de pronto atendimento mostram-se como o local a que os usuários recorreram quando não obtêm atendimento resolutivo via APS. A esse respeito, Merhy *et al.* (2006, p.106) aludem que

[...] a população continua recorrendo aos serviços de saúde em situações de sofrimento e angústia e não havendo um esquema para atendê-la e dar resposta satisfatória aos seus problemas agudos de saúde, vão desembocar em serviços que atendam urgências e emergências.

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) foi ressaltada pela cuidadora Cecília como o serviço de saúde que proporciona um cuidado no lar de pessoas acamadas e que, também, fornecem materiais para o cuidado destas.

Ah! O posto de saúde fica aqui no bairro, se precisar vem em casa, já veio dentista, se precisar de alguma coisa ele vem aqui em casa. (Alice)

Tem também a equipe do posto de saúde, que a doutora também vem aqui em casa e acompanha ele. Quando é paciente acamado ela já agenda e vem nas casas, aí ela vem e faz a consulta se precisar pede exames periódicos. Aqui funciona saúde da família, participa é, da equipe... da unidade do posto de saúde, aí também eu recebo material mensal que é o material de procedimento que é usado nele, apesar de que tem dia que eu vou buscar está em falta, mas todo mês tem que ir no posto de saúde [...]. (Cecília)

Menciona-se que, nos últimos anos, algumas estratégias foram adotadas para que as UAPS se tornassem o meio mais procurado pela população no que se refere às questões de saúde. Dentre as estratégias adotadas, encontra-se a expansão da oferta dos serviços na APS,

com a criação de novas UBS no âmbito municipal, a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Programa Saúde da Família (PSF), posteriormente renomeado como Estratégia Saúde da Família (ESF), pela Portaria nº 648, de 2006 (BRASIL, 2006d). Contudo, apesar do número de usuários atendidos na APS, este número ainda é inexpressivo diante do parâmetro mundial de resolução de 85% dos problemas de saúde da população que poderiam ser atendidos neste nível de atenção (BRASIL, 2006d).

A Estratégia Saúde da Família foi idealizada com o intuito de fortalecer as ações de caráter preventivo, com condições de absorver a demanda reprimida desse nível de atenção, (GIOVANELLA; MENDONÇA, 2008). A atenção primária constitui-se fundamental para o atendimento de pessoas que possuam alguma patologia causadora de limitações funcionais. Tal atuação é relevante tanto em locais que não possuam serviços específicos de AD quanto naqueles em os possuem. Nos municípios onde há equipes de cuidado domiciliar, como no caso de Ipatinga, a atenção básica pode desempenhar ações determinantes para com esses usuários e cuidadores “estabelecendo uma interface com esses serviços, na condução dos casos mais avançados no domicílio” (FLORIANI; SCHRAMM, 2007, p. 2073).

Por meio dos relatos dos sujeitos da pesquisa foi possível apreender contradições no que concerne à visão da concretização da RAS em Ipatinga. Para alguns profissionais o conceito de RAS apresenta-se coerente com o idealizado por meio da legislação vigente. Contudo, há narrativas que apontam a desestruturação dos serviços de saúde no município, emergindo o distanciamento entre o ideal e o real.

Essa questão foi igualmente evidenciada por meio dos depoimentos de usuários e cuidadores da AD. Tal fato é revelado mediante vivências de quem usufrui dos serviços ofertados (ou não) pelo serviço de saúde. Houve alusão aos tipos de serviços que compõem a RAS do município, tanto pelos profissionais quanto pelos usuários e cuidadores. Nesta composição, a AD foi destacada como uma modalidade de serviço que tem potencial de ofertar resolutividade no âmbito da saúde. Considerando-se as interfaces da estruturação da RAS e os contrapontos entre prescrito e real, torna-se significativo conhecer a forma em que a mesma se operacionaliza por meio da valorização dos caminhos tecidos pelos sujeitos que a usufruem, sendo essa discussão apresentada a seguir.

5.2 O caminhar na Rede de Atenção à Saúde: trajetórias de usuários e cuidadores da atenção domiciliar

Esta categoria apresenta a descrição dos trajetos percorridos pelos usuários e cuidadores em busca de atendimento à saúde. Usuários e cuidadores, ao falarem sobre os serviços de saúde disponíveis no município de Ipatinga, narraram sobre o seu caminhar na rede assistencial. Tal trajeto refere-se às maneiras que os próprios sujeitos descreveram para alcançar o acesso aos serviços de saúde e resolução de suas necessidades.

Considerar os percursos dos usuários na RAS oferece, segundo Souza (2012), uma contribuição ao sistema de saúde, pois propicia vislumbrar alternativas para a superação das lacunas para efetivação da RAS e, assim, da integralidade, sendo relevante para este estudo. Ressalta-se que os caminhos percorridos pelos usuários

[...] na busca de soluções para problemas de saúde são, em geral, pouco conhecidos ou relegados a um segundo plano, não sendo um tema prioritário durante a formação profissional em saúde e, também, pouco presentes nas preocupações dos pesquisadores, gestores ou formuladores de políticas (CONILL *et al.*, 2008, p. 1503).

Para iniciar esta discussão, lançamos mão do depoimento de Cecília a respeito das formas de acesso aos serviços de saúde no município:

É uma burocracia, mas vale a pena, sei os caminhos! Porque é assim: se você não procurar, tem muito direito que a gente tem e se a gente não buscar mesmo a informação a gente fica sem ter mesmo com o direito que a gente tem, né? (Cecília)

Como na pesquisa de Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009), o usuário não se posiciona passivamente na ação de busca por serviços de saúde. Ele demonstra ser um sujeito intencional ativo na defesa de seus interesses.

Inicialmente, apresentam-se os caminhos percorridos pelos usuários e cuidadores para o acesso ao serviço de AD ofertado pelo PID, conforme as seguintes narrativas.

Quando eu precisei, ganhei alta, né? Depois de ficar dois meses no hospital ganhei alta para vir para casa. Eu precisava de oxigênio e do aparelho de fazer aspiração, aspirar, porque eu estava com traqueostomia. Por eu precisar desses aparelhos minha mãe procurou saber não sei por quem e correu atrás do serviço que estava trazendo para casa o hospital e aí junto com os aparelhos eles vinham também, né? Eles

vinham fazer, fornecer material de curativo e algumas vezes até me mostravam o que fazia e tal, então eu precisei por causa dos aparelhos. (Alice)

Eu passei a fazer parte do PID através de uma internação que eu tive, estava bem mal, esse problema de DPOC {Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica} e então eu não tinha condições de sair de alta do hospital e vir para casa sem oxigênio, então como o PID é um setor que tem dentro do hospital que administra essa parte aí, então, fiquei sabendo e o médico passou o relatório, né? O encaminhamento. (Caetano)

Ela passou a fazer parte do PID, ela sofreu AVC em 2004. A gente esteve com ela no Hospital. É... E... Aí ela esteve 48 dias lá porque lá ela caiu e aí a gente veio com ela para casa, e aí saímos desse hospital particular com a guia. Fomos para Belo Horizonte, lá o Hospital lá é da rede, é, como que eu falo, lá não faz a consulta não. [...] É o [...]. Outro hospital muito bom, foi muito bem atendida. Atendeu ela, aí a gente voltou com ela. (Adão)

Apreende-se que a alta hospitalar, após condições graves de adoecimento, requer um suporte maior de atenção à saúde. Castro (2005) evidenciou a existência de uma gama de necessidades de procedimentos e cuidados especializados pelos usuários do SUS após a alta hospitalar que não se incluem como objeto de trabalho do enfermeiro da atenção primária (ou da Equipe de Saúde da Família), ficando o usuário na dependência da assistência de enfermagem especializada. Outro aspecto observado foi que as necessidades de cuidados após uma alta hospitalar tem se evidenciado, de modo crescente, como uma lacuna no âmbito da assistência ofertada pelos pontos de atenção à saúde do SUS.

Neste sentido, ressaltam-se os critérios de admissão no PID de Ipatinga:

[...] a indicação da internação dos pacientes do PID são pacientes acamados, sobretudo os acamados, né? E que, geralmente sequelados de AVC, sequelados de traumatismos raquimedulares, pacientes com neoplasias e que demandam, tem uma dificuldade pra se deslocar até a unidade de saúde e que demandam assistência mais intensa do cuidados médicos e de enfermagem. (P03)

A necessidade de cuidados após a alta hospitalar evidencia-se como um importante motivo de admissão para a AD. Há, também, outros problemas de saúde que requerem intervenções por meio de AD. Feuerwerker e Merhy (2008) desvelaram os seguintes tipos de atendimento domiciliar: Cuidado paliativo, cuidado domiciliar a pacientes com AIDS, acompanhamento do desenvolvimento de bebês prematuros, acompanhamento de acamados crônicos e antibioticoterapia endovenosa para término de tratamento de infecções agudas.

Ainda sobre a trajetória para a busca de cuidado domiciliar foi possível identificar o desconhecimento por parte da população a respeito dos serviços que são ofertados pelo PID.

Os sujeitos Adalberto, Marli, Joaquim e Rute falaram sobre este assunto referindo-o como uma dificuldade para o acesso à AD.

[...] foi até minha irmã né... Ela descobriu... ela nem sabia que tinha o PID não. Aí ela... é... ela conheceu né... viu aonde tinha que cadastrar... os negócios todos... aí. Aí eles vieram aqui e me atenderam né... me cadastraram. Eu nem sabia... Eu lembro que na época eu saí meio bambo do hospital, aí fiquei uns 10 meses de cama... (Adalberto)

Todo mundo que eu vejo também... Não conhece mesmo não, às vezes eu falo assim você sabe o quê que é PID... A pessoa fica assim: 'não...'. Aí eu falo assim, PID é... assim, qualquer pessoa que não movimenta igual a [...], que não fala nem nada, aí tem que estar carregando ela e tal... até ruim para andar nesse carro aí... Está até ruim. Deus foi tão bom que botou... antes de... ela ir para o PID ela ficou doente ficou só seis dias em casa o motorista de táxi até pegava ela no portão. (Marli)

Não, não conhecia não... É alguém falou comigo... Não sei... eu não lembro mais quem falou, como é que aconteceu. Eu sei que eu procurei aí foi atendido. E eles a cadastraram. (Joaquim)

Não, não conhecia, não conhecia, vim a conhecer esse ano, porque, exatamente que a gente precisou né? (Rute)

Os depoimentos apresentados reforçam o desconhecimento do PID pela população usuária dos serviços de saúde. A AD desenvolvida em serviços públicos iniciou-se como iniciativas isoladas em alguns municípios brasileiros como em Santos – SP, Belo Horizonte - MG, Marília – SP, Sobral - CE, Rio de Janeiro – RJ e Londrina – Paraná (FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Destaca-se, pois, a criação do Programa denominado “Melhor em Casa – A Segurança do Hospital no Conforto do seu Lar”, de iniciativa do Governo Federal Brasileiro. Tal Programa foi instituído pela Portaria 2.029, de 24 de agosto de 2011, que foi substituída pela Portaria 2.527, de 27 de outubro de 2011 que definem a AD no âmbito do SUS e habilitam estabelecimentos de saúde contemplados com Serviço de AD (BRASIL, 2011a). Esta iniciativa representa uma tentativa de ampliação das equipes de AD no Brasil e visa propiciar o cuidado no domicílio e articular os diferentes pontos da rede de atenção à saúde de modo a expandir a resolutividade e a integralidade do cuidado (BRASIL, 2011a).

Outro aspecto que emerge dos relatos dos entrevistados é a descrição de diferentes serviços que são utilizados com mais frequência por diferentes maneiras. Caetano descreve detalhadamente os caminhos que percorre em seu cotidiano para alcançar o atendimento de saúde que necessita. Por meio deste relato é possível evidenciar que suas necessidades de saúde são abrangentes, não ficando restrita somente ao motivo de admissão no PID, no caso a

necessidade de oxigenioterapia devido a sua doença de base, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC). Desta forma, Caetano resumiu sua busca pelos serviços de saúde da seguinte forma:

Aqui a gente já tem o cartão de controle que me acompanha, eu meço pressão todo mês no posto de saúde, através desse cartão eu pego meus medicamentos. E consulta médica eu marco aqui pela unidade de saúde, faz a consulta com o clínico geral e se caso precisar aqui na unidade de saúde mesmo, eu marco a consulta com o especialista. Agora, dependendo se não for uma coisa muito grave eu ligo para o PID e geralmente o doutor [...] vem aqui com a enfermeira e aí examina passa a receita e aí já dá início ao tratamento e caso isso não aconteça eu procuro diretamente o hospital. Só procuro quando não estou bem, geralmente eu estou com oxigênio neste caso, porém, já me colocam no oxigênio, iniciativa né? De fazer exames, esse tipo de coisa, então eles conseguem é... essa assistência, né? E o PID também me faz uma visita uma vez por mês, menos talvez, mas aí dependendo da situação eles passam aqui, né? Faz uma visita depois vê se está precisando medicamento esse tipo de coisa e assim por diante e quando piora mais, aí vai diretamente para o hospital. (Caetano)

Caetano expressa o seu entendimento sobre as portas de entrada no Sistema de Saúde, sendo citados: os serviços de APS que propiciam a resolução de algumas de suas demandas, como fornecimento de medicação, consultas e também referência para serviços especializados; o próprio PID, que o atende com uma frequência mensal ou em casos de agravamento de seu estado de saúde; ou o hospital em casos em que considera ser de maior gravidade. Salienta-se que em Ipatinga o hospital municipal é responsável pelos atendimentos de urgência e emergência, sendo por vezes chamado de Pronto-Socorro pelos usuários, uma vez que não existe Unidades de Pronto Atendimento ou outro ponto público exclusivamente para este fim.

Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009) evidenciaram que os usuários conhecem as normas do sistema de saúde pautadas na lógica da gestão e a hierarquia dos serviços de saúde e o conceito de porta de entrada pela atenção básica, mas eles procuram, em sua busca por assistência, outros aspectos da realidade que lhe proporcionem melhor possibilidade de acesso. Souza (2012), em seu estudo, sintetizou a existência de três tipos de porta de entrada a partir do estudo com usuários do SUS, tendo como critério os locais buscados inicialmente por ele: a APS; os serviços de Urgência; e o que chamou de outras portas, os serviços privados de saúde.

Ressalta-se que os usuários admitidos pelo PID utilizam de diferentes serviços oferecidos em diferentes pontos da RAS, não somente da AD, uma vez que possuem

diferentes necessidades de saúde. Tal fato traz à tona a discussão sobre a integralidade do cuidado em sua perspectiva de integração de diferentes necessidades de saúde em um mesmo indivíduo. Seguindo a concepção de RAS o atendimento à saúde deve ser organizado a partir da APS, considerada como centro ordenador do fluxo assistencial, mas com acesso a diferentes serviços que são interligados entre si.

Os fluxos assistenciais seguidos pelos usuários e cuidadores da AD podem ser referenciados pela concepção de “Linhas de Cuidado”. As linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do “percurso assistencial” com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com suas necessidades (FRANCO; MAGALHÃES JÚNIOR, 2004).

Linha de cuidado representa, pois, o itinerário que o usuário faz por dentro de uma rede de saúde incluindo segmentos não necessariamente inseridos no sistema de saúde, mas que participam de alguma forma da rede. Ampliando esta concepção, ressalta-se que a

Linha do Cuidado Integral incorpora a ideia da integralidade na assistência á saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais (FRANCO; FRANCO, 2012, p. 1-2).

Complementa-se que os sistemas em redes assistenciais que têm como premissa o desempenho usuário-centrado devem instituir as linhas de cuidado considerando-se a singularidade de suas demandas e necessidades (SILVA, 2011). Neste sentido para cada grupo de doenças mais prevalentes deve-se implementar as linhas de cuidado para a qualificação da atenção à saúde. Salienta-se que as

“linhas de cuidado” são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas. Normalmente se aplicam a doenças como diabetes, asma, dor lombar, transtorno depressivo, entre outras (SILVA, 2011, p. 2757).

Acredita-se que com a Linha do Cuidado Integral estruturada, o serviço de saúde centra-se nas necessidades dos usuários, e não mais na oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso. O caminhar pela linha de cuidado pressupõe a existência de uma rede de serviços que suporte as ações necessárias e adequadas àquele usuário. Não se faz esse percurso de forma impessoal, mecânica, desvinculada de sentimentos e impressões. Mediante

o exposto, é neste espaço, repleto de subjetividades que possibilita apreender a vivência/percepção do usuário do SUS e revelar a verdadeira estruturação da rede de atenção à saúde.

Segundo Merhy (1997) um dos conjuntos que constituem as necessidades de saúde, trata da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida e que pode ser tomado como analisador as próprias necessidades de saúde, em particular pela potencialidade que tem de ajudar os trabalhadores/ equipes/ serviços/ rede de serviços a fazer uma melhor escuta das pessoas que buscam “cuidados em saúde”.

A análise do caminhar do usuário na linha de cuidado possibilita mapear os recursos disponíveis nos diversos segmentos da saúde, avaliar as tecnologias utilizadas, quanto ao tipo, acessibilidade aos serviços, ruídos produzidos e se o fluxo foi centrado nas necessidades dos usuários, por projeto terapêutico indicado (acompanhamento, tratamento, orientação e promoção), ou ao contrário, se ocorre a fragmentação ou obstáculos no caminhar pela rede de assistência. No que tange a integralidade aplicada ao modelo de assistência na saúde há que se indagar sobre os mecanismos de acesso (e suas variações) aos diferentes tipos de complexidade (MALTA *et al.*, 2004).

Centraliza-se, pois, a busca pelos serviços de saúde nos usuários e cuidadores, denominada por Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009) como “peregrinação no sistema de saúde”. Mediante o exposto, apresentam-se os caminhos percorridos pelos usuários e cuidadores da AD entrevistados em busca por atendimento à saúde.

Sobre o acesso a partir da APS, destacam-se os seguintes depoimentos:

Quando eu estou passando mal... aí eu vou ao posto mesmo né... se eu conseguir a consulta... eu... é uma boa... uma benção, mas se não consegue tem que voltar para casa sem consultar. E aí esperar quando... né, a oportunidade... de consultar... Porque também é muita gente, às vezes é pouca vaga, quando tem, né, na outra equipe, aí não tem como atender todo mundo. (Valentina)

(Busca por serviços de saúde) Nas situações, porque, é... para procurar mais é... o remédio né, que eu uso. Porque o remédio é... para coração, para angina. Foi constatado que eu tenho coração grande, sofro de angina e DPOC. Mas eu procuro mais o posto até para questão de receitas, para trocar receitas, que eu uso o... para pegar o remédio né, o medicamento. Porque devido ao diabetes que eu tenho e a pressão muito alta. (Jorge)

Vou ao posto só quando ela está passando mal. Porque se eu for, é... Fazer como acompanhamento é... Vamos supor de seis em seis meses, aperta para outros, às vezes não tem vaga, tem muita gente, então a gente tem que esperar né, no caso a gente passa mal a gente corre lá, né. E... O básico mesmo se passou mal de uma hora para outra tem que, né procurar. [...] Para conseguir uma consulta tem que levantar cinco horas da manhã e ir para fila, chega lá marca, fica até umas sete horas da

manhã, para esperar o atendimento, se estiver chovendo tem que ficar na chuva ou tem que levar um guarda-chuva. Tem... Que ficar na fila. (Adão)

Alguns estudos abordam o “caminhar” do usuário pelo sistema a partir da atenção primária como porta de entrada (CAMPOS *et al.*, 2008; GERHADT; ROTOLI; RIQUINHO, 2008; PONTES *et al.*, 2008; SILVA *et al.*, 2008; SILVEIRA *et al.*, 2008a; SILVEIRA *et al.*, 2008b; SPINELLI *et al.*, 2008). O estudo de Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009) abordam sobre a baixa credibilidade da APS e seus motivos apontados por usuários do SUS:

A falta de especialistas e a baixa disponibilidade de recursos tecnológicos nas UBS [UAPS], aliadas à percepção do usuário sobre a importância desses recursos na obtenção de alívio para o seu sofrimento, são componentes significativos da imagem de menor qualidade que o usuário tem sobre o cuidado de saúde a ser recebido no nível primário. Prevalece entre os usuários a imagem da UBS como "postinho" e como "quebra-galho", onde sua capacidade de resolver os problemas demandados é imensamente limitada. [...] a imagem da UBS [UAPS] é de grande limitação de recursos humanos e materiais, além de barreiras ao acesso [...] (OLIVEIRA; MATTOS; STEPHAN-SOUZA, 2009, p. 1934).

Revela-se, portanto, uma descaracterização da finalidade da APS mediante relatos dos depoentes. Ronzani e Silva (2008), ao estudarem a ESF de dois municípios mineiros, apoiados na tríade profissionais, gestores e usuários, constataram o foco em consultas médicas e a baixa participação nas atividades extraconsultas. Souza (2012) destaca que a prática de “buscar remédio” por usuários caracteriza uma redução do papel da APS, a qual pode ser esclarecida pela resolutividade comprometida frente à diversidade e complexidade dos adoecimentos e pela sobrecarga de atendimentos responsabilizados tanto pela promoção, prevenção e cura.

Um dos entrevistados ressaltou o encaminhamento para serviços especializados a partir da APS, sendo considerado como única forma de acesso a esse tipo de atendimento. Desta forma, o usuário necessita de acesso ao serviço de atenção primária para ter o encaminhamento para a especialidade de sua necessidade. Outro aspecto evidenciado refere-se à dificuldade do acesso propriamente dito, quando fala que “não tem vaga”.

[...] na policlínica só com encaminhamento, né... do posto de saúde e também é muito difícil porque não tem vaga [...]. Aí a situação está bem... é, complicada. (Valentina)

Sobre o encaminhamento nos serviços de saúde, Souza (2012, p. 247) complementa que “Não bastou necessitar e o médico indicar, mas também o comprovar (‘com-prova’). Por

isso ‘encaminhamento’, ‘pedido’ e ‘papéis’ tomam vulto de objeto sólido e objetivo almejado, como nas narrativas: ir ao posto “pegar” encaminhamento”. Esta autora reforça que

Caso houvesse uma comunicação entre os profissionais dos níveis de atenção, menos burocrática, configurada neste no ato de comprovar a necessidade, o encaminhamento não seria tão valorado. O encaminhamento só é importante exatamente porque existe um inefetividade da integralidade. E ainda contribui para a rarefação desta na medida em que o profissional o entrega a família ou usuário e isenta-se de responsabilidade, pois “os passa para frente”, responsabilizando o usuário e o sistema pelo alcançar deste encaminhamento (SOUZA, 2012, p. 247).

Ainda a respeito da prática de encaminhamento, ressalta-se que nos

pontos de atenção secundária de uma rede, o governo dos fluxos e contrafluxos das pessoas são da APS. Ninguém chegará a esses centros, à exceção dos casos de urgências e emergências, se não for referido pela APS (MENDES, 2011, p.105).

Outro caminho percorrido pelos usuários e cuidadores é a entrada direta em serviços que tenham pronto-atendimento. Esta porta de entrada foi ressaltada por Marli, Joaquim e Rute.

Ah! Eu vou ao pronto socorro. Para ela é pronto socorro com certeza, eu levo ela lá, na hora já vai entrando com ela, porque ela... Ela... Não fala, não anda, só fica sentada, não pode ficar sentada muito tempo, tem que ficar deitada, eles pegam logo a cama... Aquela maca ou eles mandam pegar, ou eu pego, aí fico lá esperando o atendimento. (Marli)

[...] procuro (assistência à saúde) quando eu preciso internar, quando às vezes eu noto que ela está com febre, está com problema de secreção muito forte cansada a gente leva para o hospital. (Joaquim)

Hum... Que eu procuro... Procuro muito o Pronto de Socorro, entendeu! O PID, e só. É... Vou direto ao Pronto Socorro. Direto no Pronto Socorro. Eu tenho que ir ao Pronto Socorro! Como já fui. Já passei mal aqui, e fui aqui (no posto de saúde)... Que o meu posto é aqui do lado! Fui aqui e eles me mandaram ir para o Pronto Socorro, porque aqui não tinha atendimento... Entendeu? Então! E se não tiver nada, se tiver beleza eu aconselho, vai ali, marca e espera. Agora, se estiver passando mal, vai direto para o Pronto Socorro. (Rute)

Os serviços hospitalares, que possuem serviços de pronto-atendimentos, apresentam-se como o local a que os usuários recorreram quando evoluem com complicações ou não obtém atendimento resolutivo via APS e nível secundário (SOUZA, 2012). Todavia, muito além de uma busca desesperada em condições agudas, ressalta-se que os usuários ao buscaram ou passarem pelos serviços de urgência há também busca por resolutividade (OLIVEIRA, MATTOS; STEPHAN-SOUZA, 2009; SOUZA, 2012).

Souza (2012) e Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009) revelaram que a busca por serviços de urgência pelos usuários não acontece por satisfação, mas pela capacidade de resolução de seus problemas de saúde.

Apesar da ênfase dada à lógica territorial no processo de reorientação do modelo assistencial e da definição da atenção básica como porta de entrada do sistema, os usuários do SUS, em sua busca por assistência médica, vêm demonstrando historicamente preferência por prontos-socorros e hospitais. [...] Os usuários se referem à organização dos serviços básicos de saúde com o significado de barreiras ao acesso e demonstram ter em relação às UBS uma imagem de grande limitação de recursos humanos e materiais. Por outro lado, prontos-socorros e hospitais se apresentam para eles, por várias razões, como espaços de maior resolubilidade. (OLIVEIRA; MATTOS; STEPHAN-SOUZA, 2009, p. 1929).

Ressalta-se, pois, que a intenção da busca se deve à não resolutividade dos problemas em outros pontos, causando situações de agravamento e agudização e, também, deve-se ao protagonismo do usuário em buscar por portas abertas e pelo que considera ser mais resolutivo (SOUZA, 2012). Desta forma, a demanda pelos serviços de pronto atendimento não deve ser vista com o acesso “pela porta errada”.

Na prática, aqueles que dependem exclusivamente do SUS – algo em torno de 80% da população – têm que montar o seu “*menu*” de serviços, por sua conta e risco, buscando onde for possível o atendimento de que necessita. Daí ser uma prepotência tecnocrática dizer que o “povão” é deseducado, que vai ao pronto-socorro quando poderia estar indo ao centro de saúde. As pessoas acessam o sistema por onde é mais fácil ou possível (CECÍLIO, 1997, p. 472).

O usuário, com seu direito de ir e vir e também direito à saúde, ele seguiu a procurar possíveis portas estando em busca por um local resolutivo e, principalmente, por uma entrada ao nível de atenção requerida, objetivando a resolução de sua necessidade.

Neste prisma, os sujeitos consideram que o PID é uma importante forma de acesso aos serviços de saúde.

Toda vez que eu, que eu estou precisando de alguma coisa eu ligo para o PID. Entendeu? E ultimamente eles estão me atendendo. É desse jeito que eu sempre, é... Sempre que eu tenho alguma coisa eu ligo para eles... aí eles me atendem. Eles vêm em casa e atende. Aqui tem um posto de saúde ali na quadra ali. Ali atende uma vez por semana só. Uma ou duas vezes. Mas eu não vou não. Eu fico mais no domiciliar né. No atendimento domiciliar. (Adalberto)

Ah é muita coisa (serviços de saúde), né? Só sei pelo que eu uso direto, tipo no caso do PID, eu preciso de remédio, eles vêm na minha casa, examinam, fazem exames, se eu precisar ser internada eles internam lá no hospital, já faz a internação... (Alice)

[...] o PID em si, demonstra que é mais abrangente. É melhor do que procurar posto ou procurar pronto socorro. Porque a gente tem aquela liberdade de estar falando o que está sentindo, é... tanto porque o profissional, ele tem mais acesso às consultas médicas, entendeu? E se depender de posto de saúde, aí tem que esperar nada, nada quase uns dois ou três meses para ter o resultado de uma marcação de consulta. Demora... e pelo PID não... pelo PID é uma semana... e aí está trazendo para mim as consultas marcadas. (Jorge)

Na realidade, o PID, todo mês o médico vem aqui me ver, entendeu? Então eu não preciso de ir ao posto não, nunca precisei de ir lá não. Quando eu andava, que eu tinha que consultar eu consultava lá normal, entendeu? Eu vou só se eu estiver precisando muito... Muita dor... É no último caso eu iria, entendeu? Enquanto eu posso estar resolvendo com remedinho em casa, alguma coisa assim eu não vou não. (Júlia)

[...] ela tem o atendimento do PID. Só o do PID, até porque não tem como levar ela daqui ao posto. Entendeu? E atendimento no posto você tem que estar indo. (Rute)

É possível evidenciar, então, que os usuários sentem confiança no trabalho realizado pela equipe do PID, o qual, por sua vez, representa para os usuários um tipo de atendimento eficaz e resolutivo, que oferece o atendimento nos domicílios das pessoas admitidas. Segundo Kerber (2007, p. 74) a atenção domiciliária configura-se “como uma estratégia capaz de se apresentar ao mundo do trabalho como uma alternativa de reorganização do sistema de saúde, exequível, humanizadora e com potencial de resolutividade”.

Ressalta-se o depoimento em que Caetano diz que o fato de ser atendido pelo PID o faz ser considerado como uma prioridade para o atendimento hospitalar, conforme apresenta-se.

Chegando lá no hospital conversando com o pessoal que a maioria lá já me conhece pelo tempo que eu lido ali, aí conversando, que sou paciente do PID geralmente eles dão uma prioridade maior quando é internado domiciliar. (Caetano)

A esse respeito, a AD requer a garantia de uma referência imediata em casos de urgência ou emergência. Para tanto, o PID possui como referência o Hospital Municipal, caracterizando esta situação. Porém, salienta-se que esta conduta traduz em satisfação e segurança para o usuário e, também, para sua família. Neste caso, portanto, o hospital constitui-se como uma relevante porta de entrada para o usuário do PID.

Pode-se apreender, portanto, que as formas de acesso aos serviços de saúde acontecem por meio de três principais portas de entrada: a APS, o hospital (pronto-atendimento) e o próprio PID. Porém, há que se ressaltar que quando os usuários não

“conseguem” acessar os serviços de saúde por estas portas eles mesmos buscam outros caminhos. A luta por “conseguir” atendimento à saúde, para Castro (2005, p. 230), significa “estar em um lugar, diante de alguém que alivie sofrimento, dê explicações, oriente, escute, cuide e cure”. Nesta pesquisa, além do significado anterior, muitas vezes, “o conseguir” não esteve atrelado à possibilidade de cura, mas à necessidade de cuidado. Souza (2012, p. 245) reforça que

conseguir passou a ser o antônimo de direito. Conseguir aparece [...] em outras expressões como: “correr atrás”, “luta”, “peleja”, “briga”, “correria”, “luta maior”, “o difícil é chegar lá”, “corto um dobrado”, “arrumar”. Nestes formatos, o conseguir permeia toda a trajetória percorrida como falta de direito, como em uma corrida de obstáculos até obter o necessário.

Neste contexto, os usuários não limitam a sua busca por serviços de saúde ao acesso pela APS, considerada como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde. Ampliam tal procura mediante a capacidade de penetrar ou transpor a blindagem tecnocrática da organização dos serviços de saúde com base em seu conhecimento, experiência, interesses e possibilidades. Os usuários desejam ou necessitam que a porta de entrada esteja aberta em qualquer serviço da rede, preferencialmente, diretamente àquele em que ele tem maior confiança/vínculo ou que acolha prontamente a sua necessidade, em razão, quase sempre, dos limites de acesso impostos pela organização do sistema.

Assim, os usuários e cuidadores para “conseguirem” atendimento às suas necessidades recorrem a diferentes estratégias. Nesse sentido, para atingir seus objetivos, os usuários e cuidadores narraram que recorreram a mandatos judiciais para obterem o acesso aos serviços públicos de saúde ou mesmo ao uso de planos privados de saúde quando vivenciaram algum obstáculo que os impedissem a ter o acesso desejado.

Desta forma, a judicialização da saúde foi evidenciada em relatos de mandatos judiciais que foram reivindicadas por usuários e cuidadores para se conseguir o acesso aos serviços de saúde. Para iniciar esta reflexão, apresenta-se a narrativa de Jorge a respeito do acesso aos serviços de saúde e o direito à saúde:

[...] mas, não dá (atendimento de saúde)! Porque são muitos na fila... o argumento deles (profissionais de saúde) foi esse. Muito bem... mas se... há a necessidade, o direito à saúde é abrangente. É o país inteiro, tem direito à saúde, a Constituição me garante isso. Entendeu? Só que... a prefeitura não garante nada... não tem como. (Jorge)

Jorge argumenta sobre o direito à saúde que é de todos. A Constituição Federal do Brasil é um marco significativo no processo de democratização do país, por trazer a afirmação à cidadania e aos deveres do Estado. Exemplo disso é o texto do art. 196 da Constituição que assegura a saúde como “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” (BRASIL, 1988).

Porém, compondo mais uma contradição entre o prescrito e o real, Jorge expressa que a garantia universal de saúde para todos os cidadãos não se evidencia em suas experiências. Uma estratégia que os sujeitos encontram para garantirem seus direitos é a procura pelo Poder Judiciário, evidenciando-se, portanto, a judicialização da saúde (MACHADO, 2008). Segundo o autor, geralmente as demandas de saúde que necessitam de liminares judiciais “dizem respeito aos direitos que os indivíduos acreditam que o Estado deveria garantir e, geralmente relacionam-se à compra de determinados insumos necessários à manutenção ou recuperação da saúde dos indivíduos” (MACHADO, 2008, p. 76).

Tal aspecto manifesta-se a partir dos depoimentos a seguir:

[...] Fiz o cartãozinho do SUS e fui pegar remédio... [...] esse eu pego aqui eu entrei com, eu tive que entrar com um processo na Prefeitura para ganhar o remédio, muito caro, entendeu? Mas entrei com o processo rapidinho eu recebi meu remédio, graças a Deus, era caro 300 contos o remedinho todo para trinta dias [...] a Prefeitura se cair encima dela, tem essas formalidades que eu acho que tem que existir, mas não demora [...]. (Dário)

[...] Porque eu cheguei a ponto de falar com a, com a... enfermeira aqui que caso o respirador não chegasse eu estava pensando em procurar o Ministério Público... porque eu preciso do respirador... não é questão de, de colocar aí e ficar embelezando não, porque isso aí... é necessário é... tinha vezes aí que eu, é, eu estava ofegante... a respiração. Entendeu? Então... Se não fosse o tratamento do PID talvez até eu não tinha conseguido ele. (Jorge)

Os depoimentos de Dário e Jorge trazem à tona a discussão a respeito da judicialização da saúde, considerada como um problema crescente nos serviços de saúde. Bellato e colaboradores (2011a) usam o termo “remédio jurídico” para denominar o acesso a remédios a partir de um mandato judicial. Souza (2012) denominou o acesso aos serviços de saúde como “vaga jurídica”, pois, os usuários sujeitos de seu estudo recorreram à justiça para conseguir vagas, remédios e, também, fisioterapia e outros cuidados domiciliares.

Bellato *et al.* (2011b) analisam a justiça como mediadora face às demandas dos usuários em termos de efetividade, especificamente, como capacidade desta em gerar modificações na prática da atenção. Acabam por concluir que, embora tenha havido acolhimento da quase totalidade das demandas dos usuários, as demandas judiciais não se mostram efetivas para concretizar o direito à saúde na medida em que são individuais, destinadas a elementos pontuais que não sofrem reavaliações de sua necessidade, pois não conferem visibilidade às necessidades ampliadas das pessoas (em especial, com condições crônicas) e não direcionam a reorganização dos serviços de saúde e a oferta do cuidado.

Seguindo esta concepção, considera-se que o atendimento da demanda dos sujeitos desta pesquisa também foi pontual, de caráter individual e não propiciou alterações na conformação do Sistema de Saúde. Entretanto, a ação jurídica pode ser considerada benéfica por constituir uma porta de entrada em situações de desespero e que dá voz às necessidades do usuário, ainda que pontualmente, frente à “ausência de vaga”. Souza (2012, p.253) reforça que “Há de se admitir seu valor como uma medida em caráter emergencial que foi efetiva para o alcance do nível de atenção requerido. Mas, também, o seu vazio potencial como uma proposta de resolutividade e integralidade”.

Ao deferir uma liminar, o juiz exerce uma prática de reconhecimento (PINHEIRO; MARTINS, 2011). Mediante os depoimentos de Dário e Jorge pode-se desvelar a judicialização como uma das formas de acesso aos serviços de saúde, mas não de garantia da integralidade. Nas palavras de Pinheiro e Martins (2011, p. 12):

Com a liminar em suas mãos, o usuário pode ter acesso ao medicamento ou atendimento, porém isto não é tudo: é fundamental compreender que a saúde também enseja um dever dos próprios profissionais de saúde em cuidar afetivamente do outro.

Mediante o exposto, ressalta-se que para esta descrição utilizou-se, também, um relato de um profissional de saúde que narrou sobre o impacto da judicialização da saúde.

[...] alguns pacientes, pela necessidade maior de fisioterapia eles entram, por exemplo, com uma ordem judicial, entram em contato com o Ministério Público, aí o Ministério solicita fisioterapia aí eu sou obrigada a atender esse paciente, porque é ordem judicial. Esse paciente tira a vaga dos outros [...]. Aí eu não posso atender a todos. Aí a pessoa fica revoltada e entra com processo na rede, nem todos, mas alguns entram com processo, aí o Juiz: ‘tem que fazer fisioterapia!’, aí essa pessoa passa na frente de toda a fila, atrasa a fila, atrasa tudo, então, assim para mim, eu fico frustrada! (P04)

Considerando o depoimento de P04, cabe salientar que as ordens judiciais podem destruir o planejamento realizado pela equipe de saúde. Paradela (2011, p. 153) reforça que “Se, por um lado, alguém pode viver porque recebeu uma liminar que satisfaz suas necessidades, de outro lado alguém pode morrer; pode não haver recursos para satisfazer todas as demandas judiciais”.

O uso de planos de saúde constitui-se em outro caminho trilhado pelos usuários e cuidadores da AD para o alcance de atendimento à saúde. As trajetórias pela busca de atendimento em saúde de usuários e cuidadores complementam-se com a contratação de serviços oferecidos por planos privados de saúde. Os usuários e cuidadores mencionaram que o uso dos serviços ofertados pelas operadoras de saúde acontece de forma complementar aos serviços públicos. É o que se destaca a seguir:

Eu uso mais o posto em questões, assim... Para pegar o remédio, para consulta, mais para esse fim. Pronto Socorro é... O Pronto Socorro às vezes eu procuro para fazer é... alguns pequenos exames. Porque internações e os exames mais sofisticados aí eu procuro mais é o plano de saúde. É porque a prefeitura não... ela não tem é, assim, essa oferta. Porque... para fazer um raio-X costuma às vezes demorar três meses, pessoas na fila né... e devido eu estar na cadeira de rodas eu não posso ficar esperando. Não posso porque... é... uma coisa puxa outra é... por eu estar na cadeira de rodas eu tenho o corpo mais sensível... [...] então eu não posso estar... esperando acontecer. Eu tenho que fazer acontecer, então eu não posso esperar acontecer. Então é por isso que... eu tenho o plano de saúde. Porque se eu não tivesse o plano de saúde é... talvez eu já tinha até morrido. (Jorge)

[...] quando ela precisa internar, quando às vezes eu noto que ela está com febre, está com problema de secreção muito forte, cansada, a gente leva para o hospital [...] o que eu uso, pelo meu plano. Chega ao hospital, interno ela, ela fica lá o que? Uns quatro cinco dias lá e pronto vai embora. (Joaquim)

O PID é mais só para... Que se fosse rápido eu não usaria nem o plano mais dela, porque eu nunca vi. Não gosto muito não, mais enfim né? Para evitar a contaminação, que serviço público é muito feio, muito tumultuado né? A gente deixou o plano só para se precisar internar, entendeu? (Rute)

[...] mas até igual estou te falando, assim, eu tenho plano de saúde, se eu preciso de um exame para amanhã eu recorro ao plano de saúde, é, vou mais rápido, né? Que infelizmente se for olhar, às vezes para fazer um exame pelo SUS, você sabe que é mais demorado mesmo, não é? Essa demanda de espera, de vaga de agendamento, né? (Cecília)

Um aspecto que emerge nestes depoimentos é a alusão aos planos de saúde como uma solução aos problemas de saúde não solucionados devido à ineficiência do sistema de saúde público. Em face desta consideração, ressaltam-se estudos que evidenciam que os

usuários do SUS também recorreram ao sistema privado quando podem por ele pagar (SOUZA, 2012; CONILL *et al.*, 2008).

O Sistema de Saúde brasileiro é composto por dois subsistemas: o público, que é o Sistema Único de Saúde (SUS), e o privado, composto por dois subsetores: o da Saúde Suplementar, constituído pelos serviços financiados pelos planos e seguros de saúde, e o liberal clássico, composto pelos serviços particulares autônomos (BRASIL, 2007). Para Mendes (2001) essa divisão representa-se por três segmentos, conforme a modalidade de financiamento sendo: desembolso direto, atenção médica supletiva e o SUS.

Conill e colaboradores (2008, p. 1502) reforçam que a “segmentação do acesso tem se constituído em uma das questões centrais na análise dos problemas dos sistemas de saúde contemporâneos e em particular àqueles que se referem ao Sistema Único de Saúde/SUS”. Essa divisão de formas de acesso pode propiciar o efeito denominado de “*Robin Hood*”, ou seja, “enquanto a população pobre só tem acesso ao SUS, os usuários dos outros segmentos podem constitucionalmente utilizar o sistema público, em geral, para exames mais sofisticados, procedimentos e medicamentos mais custosos” (CONILL *et al.*, 2008, p. 1502).

Neste contexto, o acesso aos serviços de saúde molda o “*mix* público-privado”, assim denominado por Conill e colaboradores (2008) para representar o uso combinado dos serviços prestados pelo SUS e da assistência suplementar em algumas situações de adoecimento.

Os usuários e cuidadores da AD, sujeitos desta pesquisa, afirmam recorrer aos serviços públicos para acesso a medicações, consultas de rotina e aos serviços privados quando necessitam de internações ou alguns tipos de exames. Conill *et al.* (2008) estudaram os itinerários terapêuticos de beneficiários de planos de saúde do município de Florianópolis, Santa Catarina e desvelaram que a procura pelo sistema público aconteceu principalmente para obtenção da medicação de uso contínuo e que

os percursos trilhados foram também influenciados pela cobertura dos planos de saúde e pela disponibilidade (ou não) desses recursos para responder às necessidades. Diversos arranjos se estabelecem no cotidiano assistencial dos usuários quando buscam, através de suas próprias escolhas ou estratégias, superar lacunas do acesso e da integralidade da atenção. [...] O tipo de cobertura contratada com o plano de saúde foi determinante para a trajetória a ser seguida, como para o acesso à terapêutica. (CONILL *et al.*, 2008, p. 1508).

Sobre o paralelo entre serviços particulares e os serviços públicos de saúde, Oliveira, Mattos e Stephan-Souza (2009) constatam que

A percepção do usuário sobre a suposta relação entre a gratuidade dos serviços de saúde do SUS e a baixa qualidade desses serviços o leva, algumas vezes, a pagar por um serviço particular, imaginando ser este de melhor qualidade do que o serviço do SUS, pelo simples fato de ser pago. A percepção de sua melhor qualidade se associa à imagem de que o serviço pago é mais confiável, mais rápido e não apresenta dificuldades quanto ao acesso (OLIVEIRA; MATTOS; STEPHAN-SOUZA, 2009, p. 1932).

Foi possível identificar estratégias para o acesso aos serviços de saúde por meio dos depoimentos de usuários e cuidadores ao descreverem seus caminhos percorridos em busca de atenção à saúde. Os achados apresentados remetem à necessidade da interdependência e complementaridade entre os serviços que compõem a RAS com vistas a garantir a integralidade. Esta é reconhecida como “meio” e “fim” para o desenvolvimento da RAS que remete à integração de serviços. A integralidade só se concretiza mediante reconhecimento da interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade de recursos e competências necessárias para a solução dos problemas de saúde de uma população (LINARD; CASTRO; CRUZ, 2011). Não obstante, apresentar-se-á na próxima seção uma discussão referente à (des)articulação entre os serviços por ser fundamental para a compreensão da estruturação da RAS.

5.3 (Des)Articulação entre os serviços de saúde: desafios e oportunidades

Considerando a integração e a articulação entre os serviços de saúde como fundamentos da rede de atenção à saúde, são discutidos, nesta categoria, aspectos relacionados às dificuldades e facilidades inerentes às vivências dos sujeitos nos serviços de saúde. Para tanto, foram elaboradas duas subcategorias: Desafios para a articulação entre os serviços de saúde e Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde.

5.3.1 Desafios para a articulação entre os serviços de saúde

A integração entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde faz-se necessária para a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários. Ao serem indagados a respeito da integração entre os serviços da RAS de Ipatinga profissionais de saúde, usuários e cuidadores da atenção domiciliar mencionaram a desarticulação entre os diferentes pontos que compõem a rede de atenção saúde. Os sujeitos mencionaram alguns aspectos que contribuem e/ou caracterizam a desarticulação entre os serviços, a saber: Dificuldade de articulação com a APS; desresponsabilização dos serviços e profissionais pelo usuário; deficiência de comunicação entre os serviços; desequilíbrio entre demanda e oferta; e as práticas gerenciais em serviços de saúde.

A falta de integração entre o PID e a APS destacou-se entre as falas dos sujeitos como importante fator que propicia a baixa resolutividade dos serviços e, especialmente, o distanciamento da integralidade. Os participantes da pesquisa reconhecem as dificuldades de ambos os pontos de atenção (PID e APS) para a construção de estratégias de trabalho coletivas.

Para Silva (2011), um dos desafios para a consolidação da rede é a integração entre os serviços com centralidade na APS. Sobre este aspecto, P02 e P04 mencionam que a articulação entre o PID e a APS acontece de forma pontual e descontínua, não contribuindo, portanto, para a efetivação de uma RAS integrada.

Alguns bairros dão assistência maior, outros já têm certa dificuldade. Aí depende da unidade de saúde. (P02)

[...] mas isso depende de unidade de saúde para unidade de saúde, tem bairros que a gente atende que a unidade de saúde dá tanto suporte que a gente não tem problemas. (P04)

Ressalta-se, pois, que a articulação da AD com os demais serviços é incipiente, havendo adesão limitada a alguns profissionais. Sobre este aspecto, Silva e colaboradores (2010, p. 174) evidenciam práticas voltadas para a integração da AD com a ESF as quais, no entanto, ocorrem “em função das características do trabalho de algumas equipes em sua área de abrangência, com enfoque na demanda para cada caso e não se configura como modalidade sistemática de uma rede de cuidados”. Ademais, tornam-se fundamentais o conhecimento e a discussão, pelos profissionais da saúde dos diferentes pontos da rede, objetivando práticas

apropriadas em complementação da atenção primária, garantindo-se que o sistema público de saúde no Brasil atenda integralmente à população (SILVA, 2011).

Em especial, os usuários e cuidadores, sujeitos desta pesquisa, reconhecem as dificuldades de infraestrutura na APS que interferem na articulação com o PID. A esse respeito, alguns deles descreveram os desafios referentes aos recursos materiais e humanos e, também, à demanda de atendimento como aspectos dificultadores para garantir uma APS abrangente e integral:

[...] no caso de PSF mesmo, às vezes falta material, às vezes não tem carro para levar para às visitas domiciliares, até mesmo falta de profissionais, tem essa carência, isso tudo interfere né? [...] Não sei, geralmente pode ser pela falta mesmo do material, em geral [...] Às vezes pode se refletir também pela falta de transporte, que o enfermeiro tem que ir lá, vai, tem que ir na casa da pessoa fazer visita, e às vezes não tem carro para ir, acho que tudo isso influencia ou tem um empecilho né. (P02)

[...] mas nem sempre essa unidade de saúde, ela tem condições técnicas e de materiais para continuar prestando cuidados a esse paciente, então vários pacientes reclamam disso, eles não encontram matérias necessários, por exemplo, sonda vesical de alívio, material de curativo, né? Mesmo visita do médico, eles não conseguem [...] P03

[...] o PID é uma mãe, a unidade de saúde é uma madrastra que eles reclamam muito... ‘ah o PID vem aqui toda semana, eles não vem’, a atenção, ela é muito diferente... talvez pelo volume de pessoas que eles atendem né? A gente tem que ver as limitações deles também, porque a gente tem um número fixo de 70 pacientes por mês, fisioterapia tem um número fixo e eu respeito o cronograma, está na hora de dar alta, recebe alta, dificilmente eu estendo o tratamento [...]. (P04)

Randow e colaboradores (2011) realizaram um estudo com gerentes de unidades de pronto-atendimento de Belo Horizonte – MG evidenciando desafios para a articulação com a APS, denominados como “nós” da rede, dentre os quais destacam-se deficiências concernentes aos recursos humanos na APS como um desafio para a articulação em rede. Silva e colaboradores (2010) também indicam entraves relacionados à articulação da AD com a rede municipal de saúde, tendo relação com a disponibilidade de transporte, equipamentos e profissionais para que ocorra a continuidade do cuidado nas unidades de APS.

Os depoimentos de Alice, Júlia e Cristina também referem-se à desarticulação entre PID e APS. Por meio dos relatos observa-se que os usuários ficam desassistidos pela equipe de referência da APS após a admissão para acompanhamento pela equipe do PID, refletindo o trabalho isolado e desarticulado gerando, assim, anseios, preocupações e abandono dos usuários na RAS, conforme explicitado:

No início (do acompanhamento pelo PID) eu tinha um machucado bem profundo, uma escara nas costas e eu pedi os aparelhos, material para CAT {cateterismo vesical} e para curativo para o PID e o posto também começou a vir e pediu para olhar. Mas o PID passava um remédio, um exame, aí o posto vinha com outro enfermeiro, o médico que achou melhor usar um outro. Aí estava tendo uma discórdia, tipo assim: 'vai ter que escolher'. Não trabalhavam igual, eles trabalhavam com uma triagem diferente. Então o PID achava uma forma de fazer o curativo que era bom, o posto já achava outro e aquele ali era ruim, então no início tinha que escolher um dos dois e como eu precisava dos aparelhos que eu estava usando e era o PID que me fornecia, não podia escolher o posto, né? (Alice)

É... Ah! Mais ou menos... Mais ou menos. Quando eu precisei foi mais ou menos você entendeu? [...] Eu não acho muito boa a relação entre posto e PID não, sinceramente eu não acho não! (Júlia)

Tem posto de saúde aqui. Igual, no começo eles vieram né? Para ver ele, fazer a ficha e tudo, depois ficaram até de voltar para fazer outra visita, e acho assim, que aqui elas não estavam vindo muito porque... por causa mesmo do PID, que já vem toda semana [...]. (Cristina)

Alice expõe a fragmentação da RAS mediante a ruptura das ações do PID e APS. A assistência prestada ocorre de forma desarticulada gerando sentimentos de frustração e receio nos usuários ao ser necessário optar por um serviço. Os usuários deveriam ser assistidos por uma equipe de saúde única, integrada, articulada em que predominaria a complementaridade das ações e não a competitividade. Este relato traz a tona a discussão referente à disputa do projeto terapêutico que apresenta-se em alguns estudos sobre a AD (SILVA *et al.*, 2010; CARVALHO, 2009; FEUERWERKER; MERHY, 2008; CARVALHO; FEUERWERKER; MERHY, 2007). Silva e colaboradores (2010) mencionaram a existência de diferentes tipos de disputa de projetos de cuidado, podendo ser das instituições de saúde, dos profissionais, dos usuários e, também, dos cuidadores.

Reforça-se que “as disputas de projetos ocorrem cotidianamente nas equipes” (CARVALHO, 2009, p.24). No caso de Alice fica evidente a disputa entre as equipes de saúde do PID e APS. Entretanto, as necessidades de saúde de Alice não foram consideradas, refletindo fragilidades na integralidade e implicando na construção de relações de cooperação entre serviços, de modo que o usuário disponha de amplas possibilidades de trânsito pela rede de serviços de acordo com suas necessidades.

Reforça-se que em estudo de Sena *et al.* (2010, p.151)

observou-se que os serviços de atenção domiciliar evidenciam as dificuldades de conexão entre serviços, predominando disputa ao invés de cooperação e responsabilidade compartilhada. [...] Daí, assumir qualquer responsabilidade adicional leva a sobrecarga. Existe também desconhecimento mútuo em relação às responsabilidades e também às possibilidades e limites de cada serviço.

Favero e colaboradores (2009) evidenciaram que a falta de articulação entre a rede hospitalar e rede básica de saúde constitui-se como limite relacionado à AD. Não obstante, pode-se evidenciar, por meio das falas de Alice e Cristina, que a desarticulação entre os serviços de saúde dificulta a “complementaridade das ações e a integralidade da atenção” (SILVA *et al.*, 2005, p. 395). A articulação do PID com os demais serviços é reforçada por um dos fundamentos da RAS no qual destaca-se a integração vertical que consiste na articulação de diversos serviços de saúde que sejam responsáveis por ações de natureza diferenciada e, sobretudo, complementar. Só assim será possível a resolutividade e qualidade no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2010). Neste sentido, destaca-se que o “desafio do sistema público brasileiro está em integrar a AD com os outros pontos de atenção à saúde do sistema, incluindo as equipes de saúde da família” (MENDES, 2001, p. 128).

Ademais, verifica-se a falta de normatização e regulamentação a fim de se definir fluxos de acesso e de continuidade da assistência (SILVA *et al.*, 2010; SENA *et al.*, 2007). Destaca-se que a deficiência de fluxos e protocolos que definam as atribuições de cada ponto de atenção à saúde prejudica a integração entre os serviços. Este aspecto foi mencionado pelo profissional P04:

[...] mas o que acontece, tem coisa que é atribuição da unidade de saúde e eles repassam para a gente, então a gente tem que ir à unidade de saúde para falar com eles que nós não fazemos alguns atendimentos, que eles deveriam fazer, por exemplo, uma troca de sonda, é... de demora, vesical de demora, que eles poderiam fazer, paciente está acamado o PID faz. Então, sobrecarrega nosso serviço, é... então deixa eu ver que mais eu posso dizer... É... essa parte eu acho ruim, a sobrecarga que a gente tem por falta de conhecimento deles... (P04)

Sobre tal aspecto, observa-se, ainda, o desconhecimento sobre as atribuições da equipe de saúde do PID no município:

[...] nas unidades da saúde, eu vejo assim, que as pessoas não conhecem o que é o PID, não sabem [...], eu acho que a gente deveria informar o que a gente faz para

que eles não... porque às vezes a pessoa chega em casa, chega com paciente em casa vai na unidade de saúde, não... não é a gente não, é o PID que faz, e passa para a gente, às vezes nem sabe como é o paciente, mas isso depende da unidade de saúde para unidade de saúde, tem bairros que a gente atende que a unidade de saúde dá tanto suporte que o paciente nem precisa vir aqui, porque eles já estão cuidando tão bem, né? [...] Eu vejo assim que eles não sabem como funciona o PID, então normalmente isolam todo tipo de serviço do paciente domiciliar para gente. (P04)

A falta de conhecimento dos profissionais que compõem a rede sobre o PID e seu conceito, sua função, inserção nos serviços de saúde e sobre os critérios de admissão de usuário são fatores que dificultam e prejudicam a inserção efetiva de tal programa na RAS. Ressalta-se que esta situação dificulta a consolidação efetiva do trabalho em rede. Assim, é possível vislumbrar fragilidades no contexto de RAS referentes ao conhecimento sobre a prática profissional na AD. A esse respeito P01 e P04 ressaltaram a necessidade de ações voltadas para a divulgação do trabalho do PID para outros serviços de saúde:

[...] Esclarecer aos usuários em relação ao SUS e aos atendimentos, do funcionamento né, de acordo com cada necessidade e evitar esforço desnecessário. [...] A outra enfermeira estava programando uma palestra para explicar melhor a respeito do PID nas unidades de PSF, que a Secretaria de Saúde pediu, ela programou só que isso não aconteceu. (P01)

[...] então, tipo assim, é, eu vejo assim, talvez seja falha da gente, a gente deveria estar conversando com essas unidades de saúde, explicar como é o funcionamento do PID. [...] outra coisa que eu acho, que deveria, a gente deveria, pensou em fazer isso, mas até agora a gente não fez, em ir em todos os setores para informar o que que é o PID, como que funciona, e quem que a gente atende, [...] para poder definir os papéis entendeu? Eu vejo necessidade disso, eu acho que isso ajudaria a gente, fazer com que os outros conheçam, a gente pensou em fazer até mesmo no Hospital X ir lá: 'Oh! a gente faz isso, oh gente não tem esse material', até para eles conhecerem, serem mais solidários na hora de mandar o paciente." (P04)

A orientação sobre as práticas realizadas pelo PID para os diferentes pontos da RAS, em especial, para a APS, seria um aspecto importante para possibilitar a articulação entre os serviços. Salienta-se que “o significado e o potencial da atenção domiciliar como alternativa de organização do cuidado não são bem compreendidos ou amplamente conhecidos” apontando para a necessidade de construção de uma rede pautada na complementaridade e interdependência entre os diferentes pontos da rede (FEUERWERKER, 2005, p. 4).

Entre os desafios para a articulação em RAS, a dificuldade para dar alta ao usuário do PID emergiu nos relatos dos quatro profissionais de saúde como um ponto dificultador para a efetivação da integração com a APS, em especial.

Eu já tive isso (dificuldade para dar alta), mas eu virei e falei o paciente é seu, sempre foi. Ele estava conosco por um período crítico que ele precisou e, agora, vocês vão estar acompanhando. Ele tem condições de receber alta e o médico já liberou. E aí vai para o PSF, então não dei chance para poder questionar muito não. O paciente é da área de abrangência, estava conosco por um período que necessitava da gente naquele momento, nós demos o suporte e ele já tem condições de ter alta. (P01)

[...] mas com jeitinho a gente conversa... e acaba que dá tudo certinho... a gente tenta conversar pessoalmente, explicar a situação real do paciente, falar que realmente ele tem que ter alta do PID, como toda internação tem alta, do PID também tem alta, seja que ele tenha melhorado, ou a família já está totalmente apta a cuidar, ou aquele período crítico já passou. [...] às vezes, igual eu te falei, tem a dificuldade, em passar o paciente em alta para o PSF. (P02)

Assim que o paciente recebe alta pelo programa (PID), nós entramos em contato com a unidade de saúde e transferimos esse paciente para os cuidados da unidade de saúde. [...] Esse é o grande problema, nós procuramos estar em sintonia com a unidade de saúde, mas as unidades de saúde não se colocam em sintonia com o programa. [...] então, você está vendo uma desorganização das unidades de saúde para se adequar a esses pacientes que precisam também deles. Na verdade, parece que eles têm certo receio de atender esses pacientes, eles não gostam porque são pacientes que dão trabalho! Então isso para eles seria uma sobrecarga de trabalho, então, eles têm certa resistência de assumir esses pacientes. Então, está faltando eles se organizarem para que possam receber esses pacientes que já estão estabilizados e que nossa obrigação é que eles tenham plenas condições de dar continuidade ao tratamento. (P03)

[...] normalmente a maior dificuldade é que, eu vejo que a gente tem, por exemplo, quando a gente passa um paciente, terminou o tempo de internação, o período de internação, a gente passa esse paciente para a unidade de saúde, a unidade de saúde não dá o mesmo suporte que o PID [...]. (P04)

Percebe-se que o procedimento de alta do cuidado domiciliar se configura como importante elemento que demanda a integração efetiva entre o PID e a APS. Contudo, conforme expresso nos depoimentos, representa as dificuldades no plano microinstitucional que compõe as relações entre as equipes de saúde e os usuários e têm grande impacto para a discussão da estruturação da RAS.

Cabe salientar que a admissão para o cuidado domiciliar pelo PID ocorre em virtude de necessidade de cuidados, geralmente após uma alta hospitalar, frequentemente vinculada a situações graves de adoecimento. Logo, existe uma série de demandas de cuidados especializados pelos usuários do SUS após a alta que não se incluem como objeto de trabalho da equipe de saúde da atenção primária, ficando o usuário a mercê da assistência especializada, por exemplo (CASTRO, 2005; CASTRO; CAMARGO JÚNIOR, 2008; SILVA; RAMOS, 2011). Nesse sentido, as necessidades de cuidados após a alta hospitalar, quando não atendidas, acarretam agravamento do estado de saúde, outras internações que

causam sofrimento ao usuário e à sua família e, além da sobrecarga emocional, impactam no sistema de saúde. Nesse contexto, o PID torna-se fundamental no momento de transferência do cuidado para o lar e para o cuidador, antes realizado no ambiente hospitalar e pela equipe de saúde.

No mesmo sentido, o momento de alta do PID também requer atenção especial aos usuários e cuidadores. Durante a alta da AD os cuidados que, por ventura, ainda sejam necessários devem ser pormenorizadamente explicados aos cuidadores e, também, aos usuários. Castro (2005, p.54) discorre sobre a diferença entre prescrever cuidados e delegar, conforme se apresenta:

A prescrição de cuidados é diferente da delegação de cuidados. [...] No momento da alta, essas situações coexistem. A prescrição de cuidados especializados ou medicamentos pressupõe, por competências de natureza ética da prática do cuidado institucionalizado, a posterior necessidade de acompanhamento e de avaliação que, no caso do sistema de saúde brasileiro, nem sempre acontecerá pelos mesmos profissionais que o acompanharam durante na internação. Já a delegação do cuidado leva implícita a responsabilidade legal e de todas as outras ordens. Significa o rompimento de vínculos, de comprometimento para com o destino daquele conjunto de cuidados de que a pessoa sai do hospital ainda necessitando. Não notamos, todavia, que essa delegação de cuidados se evidencie de forma consciente para o paciente ou para a família que, naturalmente, parecem aceitá-lo.

O delegar cuidado, nas condições crônicas, visto sua relação com necessidades continuadas, prolongadas e que podem, progressivamente, se tornar mais intensas, num contexto de inúmeras e constantes carências, somadas aos descuidos das mais diferentes ordens pelos serviços de saúde, resulta na família como a principal produtora de cuidado. E sobre ela recaem os múltiplos custos e demandas dessa produção, enquanto os serviços de saúde têm atuação pontual, em geral, nas situações de agudização do agravo crônico e, neste momento, constitui-se o elo frágil, mostrando-se pouco capaz para constituir longitudinalidade na atenção (ARAÚJO *et al.*, 2011).

Destaca-se, portanto, que ao receberem a alta do PID os usuários não devem ser “despejados” no sistema de saúde sem assistência e sem apoio de uma equipe de saúde. Há, pois, a necessidade de se garantir a continuidade do cuidado aos usuários da AD. Reforça-se, assim, a relevância de um trabalho conjunto, complementar e solidário entre os diferentes serviços de saúde dentro de uma perspectiva da continuidade do cuidado, em que a APS assume um papel fundamental (CASTRO; CAMARGO JÚNIOR, 2008).

Sobre o termo “continuidade” do cuidado, evidenciado no depoimento de P03, destaca-se o conceito descrito por Starfield (2002, p. 60) em que “Continuidade: consiste nos

arranjos pelos quais a atenção é oferecida numa sucessão ininterrupta de eventos”. Nesse sentido, é necessário um mecanismo de transferência de informações entre as consultas realizadas pelos usuários para que se efetive a continuidade. Assim, segundo esta autora, a continuidade pode ser obtida por meio de atendimentos de um mesmo profissional ou da transferência de informações mediante registros de atendimentos em prontuários do usuário impressos ou eletrônicos.

Ressalta-se, ainda, a relação entre continuidade do cuidado e AD, desvendada no Caderno de Atenção Domiciliar, Volume 1:

a atenção domiciliar possibilita que não existam rupturas no cuidado prestado ao paciente, ao potencializar a construção de “pontes” entre os pontos de atenção e a pessoa, em seu próprio domicílio (BRASIL, 2012, p. 4).

Por conseguinte, cabe reforçar que a AD possui potencial para efetivar a continuidade e integralidade do cuidado (ANDRADE *et al.*, 2013; BRASIL, 2012b; BRASIL, 2011a; FEUERWERKER; MERHY; 2008; SILVA *et al.*, 2010; PEREIRA; MISHIMA; FORTUNA, 2005). Porém, assim como Silva e colaboradores (2010, p. 173), evidencia-se que após a alta da AD “se revelam disputas e tensões entre equipes de diferentes equipamentos de saúde”. Assim, faz-se necessário ultrapassar as características dos sistemas fragmentados de atenção, cujos pontos de atenção são caracterizados por atuarem de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede e sem coordenação da atenção primária (RANDOW, 2012).

Outro aspecto que emerge dos relatos dos sujeitos deste estudo refere-se a desresponsabilização dos serviços e profissionais de saúde pelo usuário, sendo este um fator limitante para o desenvolvimento de rede de atenção articulada, conforme observado:

[...] o cuidador ficava igual a uma bola de *ping pong* e não resolviam o problema dele, o caso dele era muito complicado, era um paciente que tinha muita pneumonia de repetição, traqueostomizado, aí esse paciente precisava muito [...] (P04)

[...], por exemplo, eu vou ao posto de saúde e faço uma consulta, aí eles marcam uma consulta para mim na policlínica. Eu vou lá e consulto aí eles marcam para eu voltar à policlínica dia tal. Costuma de acontecer isso aí, eu pago um táxi e vou lá. Aí depois eu venho ao posto de novo, 'ah, você tem que voltar lá no pronto socorro municipal...'. Então fica tipo um joguinho de empurra-empurra, entendeu? Às vezes as pessoas acham que o dinheiro que a gente está gastando na rua, com o táxi, é achado no quintal... E isso é falta de comunicação, com certeza. Falta de comunicação. Porque... [...] dentro de uma semana foram quatro consultas, deu quatro consultas, e aí eu fui em duas! Nada, nada, cada vez que eu saio para ir à

policlínica é R\$25,00 a R\$30,00 por causa do táxi, porque eu sou cadeirante. Então, o táxi tem que me levar. E a gente fica perdido, não tem dinheiro para tudo. (Jorge)

Foi mais ou menos, fica um empurrando para o outro entendeu? Fica um empurrando para o outro. Igual eu liguei para o posto pedindo material eles mandaram para o PID: ‘Ah! Se você é paciente do PID, o PID que tem que te fornecer material aí beleza, o PID...’. O PID forneceu tudo direitinho entendeu? (Júlia)

Os termos “*joguinho de empurra-empurra*” e “*bola de ping pong*” expressam a pouca resolutividade nos encaminhamentos realizados pelos profissionais de saúde. Sobre isto, ressalta-se que os sujeitos discorreram sobre os problemas encontrados para conseguir atendimento, mesmo sendo encaminhados por outro serviço. Tais relatos refletem a desresponsabilização das equipes de saúde pelos usuários, predominante na atual conjuntura dos serviços de saúde. A “responsabilização associa-se diretamente ao cuidado, reflete-se na capacidade dos profissionais e dos serviços em não somente intervir pontualmente, mas de, realmente, cuidar longitudinalmente, exercitando uma prática mais comprometida e ética” (SOUZA, 2012, p. 31). Considera-se, portanto, que a responsabilização tem como objetivo articular todas as possibilidades de resolução dos problemas dos usuários (OLIVEIRA, 2004).

Jorge, um dos sujeitos da pesquisa, traz um importante aspecto no que concerne à utilização dos serviços de saúde por usuários que tenham dificuldade para locomoção, como no caso descrito, o uso de cadeiras de rodas. A esse respeito observa-se que

O fato desses usuários não terem condições físicas de deslocamento até a unidade de saúde, ou essa locomoção ser algo extremamente dificultosa, faz com que a atenção domiciliar assumam uma conotação de facilitador para a família, servindo, concretamente, como uma forma efetiva de acesso ao sistema de saúde (KERBER, 2007, p. 239).

Pontes *et al.* (2009, p. 503) evidenciaram que os usuários do SUS vivenciam uma constante peregrinação por vários serviços de saúde até que se consiga o atendimento desejado, gerando, por vezes, “desconforto, deslocamentos e gastos para a sua concretização”. Neste sentido, a AD revela-se como uma estratégia fundamental para a efetivação da integralidade e continuidade do cuidado.

Na entrevista com Jorge, este usuário destacou a desresponsabilização na prestação dos serviços de saúde, como algo que perpetua devido à falta de comunicação entre o PID e os demais serviços, sendo, também, este aspecto ressaltado como negativo para a articulação em RAS. É o que se apresentou, também, no depoimento de P04.

Mas a comunicação entre o PID e a Unidade de Saúde ela é precária [...] normalmente o que acontece, eu vejo que cada setor, falta muita comunicação entre eles, entre as unidades de saúde, o PID, o hospital, o setor de atenção de saúde de Ipatinga. [...]. Eu acho que essa comunicação horizontal que eles (gestores) estavam falando, eu acho ainda deficiente entendeu? Eu acho deficiente, acho que ela poderia melhorar. A falha também não é só deles, a falha é nossa, porque talvez falta uma iniciativa da gente de estar estabelecendo uma comunicação melhor, entendeu? (P04)

Cabe salientar que ainda são necessárias outras estratégias que possibilitem a minimização ou superação das dificuldades enfrentadas para a concretização da RAS e da integralidade em saúde, tendo em vista a necessidade de continuidade e responsabilização assistencial. Destaca-se, pois, a necessidade de se ampliar e qualificar a comunicação e os sistemas de informação entre a atenção primária à saúde, em especial, e os serviços de AD (SILVA *et al.*, 2005).

Sobre a comunicação, a RAS caracteriza-se

pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na Atenção Primária à Saúde (APS), pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional, pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos (BRASIL, 2010, p. 5).

A falta de comunicação entre os diferentes pontos da RAS reproduz o modelo fragmentado de atenção. Neste sentido, tornam-se fundamentais mecanismos de suporte para a efetivação da comunicação entre os serviços de saúde, em busca da consolidação da RAS. Segundo a Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, são estratégias para o desenvolvimento de Sistemas Logísticos e de Apoio da RAS: “Promover a comunicação de todos os pontos de atenção da RAS com a implementação de registro eletrônico em saúde; [...] Avançar no desenvolvimento da gestão da tecnologia de informação e comunicação em saúde na RAS” (BRASIL, 2010, p. 27).

Outro aspecto descrito como dificuldade para a articulação entre os serviços de saúde refere-se à falta da Assistente Social na composição da equipe de AD do município.

[...] é, que mais eu posso falar dessa articulação... Antes a gente tinha uma assistente social e ela ajudava demais. Ela fazia toda essa parte porque acaba que o paciente... É, meu trabalho é de fisioterapeuta eu não tenho assim, eu não entendo nada sobre, é..., como é que fala esses suportes que ele recebe, financeiro, se eles precisam de um tipo de serviço especial, por exemplo, se precisam de uma

orientação jurídica, eu não sei passar essa informação, acabo que eu aprendi algumas coisas para poder orientar os pacientes, a fisioterapia, por exemplo, uma coisa que é recente para a gente no PID [...] o PID precisa de uma pessoa que tenha conhecimento dessas coisas, desses benefícios que eles recebem, porque tem caso que chega o paciente, não tem benefício nenhum, precisa de ajuda de outros que poderia receber essa orientação do serviço social, quando a gente tinha assistente social isso aí é perfeito, porque ela entrava, ela fazia todo esse trabalho de entrar em contato com as unidades de saúde, porque ela entendia muito melhor sobre, ah, essa comunicação direta com esses pontos de... Ela tinha uma informação melhor do que a minha em relação a essas comunicações que deveriam acontecer entre o centro e as unidades de saúde, onde que deveria enviar o paciente, com sinceridade eu não domino isso [...]. (P04)

Segundo P04, o Serviço Social representa uma categoria profissional que agrega e enriquece características favoráveis à integração entre os pontos de atenção. Segundo P04 há necessidade de valorização ao trabalho destes profissionais, sendo estes considerados referência para a comunicação e articulação entre os serviços. Sobre a atuação do assistente social destaca-se a afirmação de Carvalho (2008, p. 100):

o Serviço Social avalia as condições sociais, econômicas e culturais dos pacientes e sua família, qual é o papel do paciente na família, como ela se organiza, a condição que essa família terá ou não de dar suporte (afetivo, financeiro, habitacional, cuidado), bem como as dificuldades que a própria família vivencia face à doença, possibilitando maior compreensão sobre esse universo familiar. Esse conhecimento permite delinear ações pertinentes ao caso, em sua singularidade, propondo um seguimento social com o aporte de direitos sociais, recursos públicos e da sociedade civil que precisem ser acionados, assim como chamar atenção dos demais profissionais quanto às questões que estão para além da doença e tratamento, mas a eles relacionados e que têm impacto na vida do paciente e família, apontando, também, o caráter coletivo das demandas apresentadas.

Outro aspecto descrito como um desafio para a integração em RAS refere-se ao desequilíbrio entre oferta e demanda por serviços de saúde, em especial, por AD. Profissionais, usuários e cuidadores relataram que a demanda para AD é maior que a oferta. Acrescenta-se o fato de não ser considerado nesta relação as necessidades de saúde dos usuários. Tais aspectos culminam com dificuldades de operacionalização de um sistema de saúde eficaz, resolutivo, integral, contínuo e articulado.

[...] Então, é um pouco, a demanda é um pouco grande. Mas a gente tenta atender da melhor forma possível. A gente tem um cronograma, divide por bairro, cada dia da semana a gente faz uma localidade diferente, um bairro diferente. A gente tenta atender a todos os usuários, né... Num período. [...] Em geral há uma certa dificuldade de resolver os problemas dos usuários, né? Na maioria das vezes, devido a própria demanda mesmo. Por exemplo, uma fisioterapeuta para atender a fila de espera. Então há uma fila de espera, são muitos pacientes acamados, tem bairro que

não tem PSF, então o problema maior às vezes, é tentar mesmo resolver o problema do usuário e às vezes não conseguir. (P01)

[...] eles sempre falam o maior problema do PIDI hoje é a demanda, a gente tem uma demanda muito grande que a gente não consegue suprir [...]. (P04)

No início tinha fisioterapeuta, três meses, mas aí como eles dizem que tem muita gente que eles atendem só dão por três meses, quando eu precisei eu usei três meses aí eu teria que buscar as opções daqui só que tenho que ir lá ai é meio trabalhoso, né? Estar deslocando, seria bom se tivesse, se eles fornecessem gente para estar vindo em casa quando eu precisasse, mas aí não tem porque é muita gente, né? (Alice)

É até que estava meio difícil, demorou um pouquinho, porque estava... né? É muita gente que depende né... aí demorou um pouquinho. Mas não demorou muito não! [...] Igual eu te falei... é a demanda mesmo... porque é muita gente para poder né... para consultar... e fazer exames, então é difícil. (Valentina)

E eu acho assim, que a questão do tratamento que o pessoal do PID faz, ele tinha que ser mais abrangente. Abrangente quer dizer que... é como no caso que com três meses houve... é só tem um profissional, uma fisioterapeuta e isso é uma calamidade, porque uma fisioterapeuta para quantos mil que estão aí? (Jorge)

[...] para fisioterapeuta... está na fila. Faz falta, porque os exercícios que aprendi no hospital eu estou continuando fazer em casa, né? Mas tinha que ter um profissional né? Tem que ter um profissional. (Eva)

Silva (2011) afirma que a insuficiência de recursos assistenciais se constitui como importante desafio para a consolidação da integração das RAS no SUS. Segundo este autor “Apesar de a cobertura assistencial no SUS [...] ter aumentado nestas duas últimas décadas, a oferta de recursos ainda é insuficiente para atender às necessidades da população” (SILVA, 2011, p. 2757). Ademais, a expansão da cobertura, apesar de ampliar o acesso à saúde, “não tem se mostrado suficiente para atender na plenitude às necessidades assistenciais dos usuários do SUS” (SILVA, 2011, p. 2758).

Feuerwerker e Merhy (2008, p.182) evidenciaram que a AD, especificamente, é uma importante alternativa à internação hospitalar, porém, nos casos analisados esse tipo de atenção não “foi instituído em escala grande o suficiente para substituir a internação, ou seja: a demanda potencial de casos superava a capacidade de atenção das equipes existentes”. Portanto, a despeito da relevância da AD, estudos indicam que existe uma demanda para o cuidado domiciliar maior que a capacidade de atendimento das equipes de AD existentes no Brasil. Ou seja, a AD ainda não possui capacidade de se configurar como uma modalidade substitutiva à internação hospitalar (ANDRADE *et al.*, 2013; SILVA *et al.*, 2010; FEUERWERKER; MERHY, 2008).

Ressalta-se o desequilíbrio entre oferta e demanda da AD e a baixa oferta de serviços face às necessidades dos usuários (SENA *et al.*, 2010). Nota-se, portanto, que a oferta dos programas de AD ainda não é capaz de responder à demanda emergente de cuidado no domicílio que atenda às necessidades de saúde da população. Há, pois, um descompasso entre oferta, demanda e necessidades de saúde.

Sabe-se que, tradicionalmente, a oferta de cuidado pelos serviços de saúde se dá em resposta a uma demanda centrada na lógica da doença e não do sujeito, prevalecendo ações de caráter pontual e com foco em aspectos curativos. Assim, a demanda é entendida como “o pedido explícito, a “tradução” de necessidades mais complexas do usuário. Na verdade, a demanda é, em boa medida, as necessidades modeladas pela oferta que os serviços fazem” (CECÍLIO, 2001, p. 4). Em outra perspectiva, a construção do processo de demanda deveria considerar também os aspectos psicológicos dos sujeitos, os seus parâmetros socioculturais de saúde e doença, informações jurídicas, contemplando direitos e deveres das pessoas com problemas de saúde, bem como os profissionais aptos à proporcionar o bem-estar do indivíduo (CAMARGO JR, 2005). Com essa noção, o reconhecimento da demanda propicia o atendimento das reais necessidades de saúde do indivíduo que, de acordo com Silva, Pinheiro e Machado (2003), deve seguir um movimento inverso da lógica biomédica, centrada na doença, passando para uma ótica centrada no usuário, o que significa tratar o usuário como sujeito social portador de aspirações, desejos e histórias de vida, considerando os contextos em que se inserem. De acordo com P03

As necessidades são muito grandes, agora falta mais isso, falta, é... acredito que falta uma política de gerenciamento para que essas necessidades possam ser atendidas.
(P03)

É importante, pois, abordar o conceito de necessidades de saúde que segundo Cecílio (2001), pode ser classificado em quatro conjuntos: Ter “boas condições de vida”, em que a maneira como se vive se traduz em diferentes necessidades de saúde; Ter acesso e poder consumir toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; Criar vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou profissional; e Garantir a “Cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida”.

Há, portanto, o imperativo de se considerar as necessidades de saúde da população para o planejamento das ações para que se configure em uma RAS efetiva. P03 amplia a discussão ao mencionar sobre a questão gerencial.

Não obstante, aspectos relacionados à gestão dos serviços de saúde emergiram dos relatos dos sujeitos como desafios para a articulação da RAS. Profissionais, usuários e cuidadores relataram que práticas de gestão são (cor)responsáveis pela fragmentação dos serviços de saúde.

Por meio dos depoimentos de Jorge e Cecília evidencia-se a insatisfação com a situação dos serviços de saúde do município. A respeito da gestão, a mesma é considerada pelos sujeitos como imprescindível para se alcançar melhorias na prestação de atendimentos à saúde da população.

[...] a princípio de conversa que a Prefeitura não está investindo na saúde e para investir mais tinha que ter no mínimo aí três ou quatro fisioterapeutas e ainda seria pouco. Enquanto está me atendendo aqui quantos estão é, precisando, quantos estão na fila lá fora. Então, quer dizer, a saúde no município está deixando a desejar. Por quê? Por falta de, sei lá, de interesse do... do Prefeito, por exemplo, do Secretário de Saúde, deixando a desejar. A administração está péssima. [...] Você pode notar que vira e mexe eu falo da prefeitura porque... é... a saúde está sucateada. (Jorge)

Em termos de prestação de serviços, às vezes o material que você precisa não está todo em dia, falta, mas aí já não é da parte deles (dos profissionais de saúde), né? Não tem que cobrar eles aqui, tanto aqui como o pessoal do posto. Eu acho que isso não depende deles. Isso aí já é outro departamento! Porque não depende deles aqui, dos funcionários, depende lá de cima, né? Eu acho que é mesmo da própria administração lá. Quando ele (usuário do PID) saiu do hospital, ele teve o acompanhamento com mais frequência, era umas três vezes na semana, fisioterapia direto, o médico ia junto... Agora, não que ele (o PID) deixou de dar aquele suporte, só que mudou um pouco sim, mas eu acho que isso pode ser às vezes questão política. Coisa de gestão, com certeza. (Cecília)

Randow (2012), ao analisar as práticas gerenciais no contexto das RAS denominou como gestão integrada à rede as ações realizadas que ultrapassam os muros da instituição e permeiam a RAS. O modelo de gestão encontra-se presente entre as características que diferenciam os sistemas fragmentados e a rede de atenção à saúde. De acordo com Mendes (2011), o modelo de gestão fragmentado é caracterizado pela gestão por estruturas isoladas. Já o modelo de gestão que rege a rede de atenção à saúde configura-se numa governança sistêmica que interage a APS, os pontos de atenção à saúde, os sistemas de apoio e os sistemas logísticos da rede.

Como resultados de uma pesquisa sobre a AD em três municípios de Minas Gerais evidenciou-se “a implicação do gestor municipal na incorporação da AD como estratégia da política pública” (SENA *et al.*, 2010, p. 20). Assim, a implantação e mesmo a manutenção de equipes de AD dependem da decisão política envolvida na gestão municipal.

No entanto, torna-se “indispensável desenvolver mecanismos de cooperação e coordenação próprios de uma gestão eficiente e responsável dos recursos públicos, a qual responda às necessidades de saúde individuais em âmbitos local e regional” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 331).

Outrossim, a rotatividade de gerentes no hospital sede do PID foi apontada como algo que sinaliza a ineficiência nas práticas gerenciais.

[...] Você sabe que toda gestão que já passou pelo hospital, alguns diretores, troca direto de gerente. Em três anos que estou lá já foram três gerentes e aí a gente sempre... é, quando entra na gerência a gente têm a esperança que vai mudar alguma coisa, melhorar alguma coisa, eles perguntam os problemas que a gente tem para eles poderem resolver [...]. (P04)

Por meio do relato de P04 evidencia-se que, em Ipatinga, existe um histórico de rotatividade nas gerências: nos últimos três anos, três pessoas passaram pelo cargo de gerente do Hospital Municipal. Segundo Mendonça (2010) o planejamento nos serviços de saúde é dificultado pela rotatividade nos cargos de gerência e conseqüente falta de experiência dos gestores, adicionada à própria natureza do trabalho gerencial, que envolve brevidade e variedade das tarefas.

Contrariamente aos dados obtidos no presente estudo, em pesquisa de Alves, Penna e Brito (2004) sobre o perfil de gerentes da APS em Belo Horizonte, Minas Gerais, foi evidenciada baixa rotatividade entre os mesmos. Este fato, segundo as autoras do estudo, é benéfico

pois a baixa rotatividade pode trazer maiores facilidades para os gerentes no estabelecimento de contatos mais efetivos com a comunidade, conhecimento de suas necessidades e maior possibilidade de dar continuidade aos projetos iniciados, sem a interferência de mudanças que ocorrem, naturalmente, quando novos governos assumem, principalmente, quando há alternância partidária (ALVES; PENNA; BRITO, 2004, p. 444).

P03 acredita que um trabalho conjunto entre Secretaria de Saúde do município e gerência das unidades de saúde pode propiciar a valorização de se construir práticas integradas em saúde, relatando-as como positivas para o trabalho e articulação em redes.

[...] Olha, aí teria que ser um trabalho que partiria da Secretaria da Saúde, né? Junto com os gerentes das Unidades para que eles tomassem conscientização dessa necessidade de assumir esses pacientes de trabalhar em sintonia com o programa de internação domiciliar, aí o trabalho seria extraordinário se houvesse essa sintonia.

[...]então, é... acredito que a questão seja mais gerencial mesmo, administrativa, né?
(P03)

Por meio dos relatos de Jorge, Júlia e Joaquim foi possível observar, ainda, que uma gestão eficiente é vista como importante para contribuir para a efetivação das RAS no município.

Eu acho que a Prefeitura devia ter uma, tomar uma atitude, de investir mais na área de saúde. Que a área de saúde do município está deixando a desejar. Chega no posto... no pronto socorro municipal, igual eu tive a oportunidade de ir uma vez, você vê pessoas com a perna engessada no corredor, no meio do povo... [...] Então o município não estão investindo, na saúde. Complicado. (Jorge)

Se os gerentes conversassem entre si, e tivesse mais... gerente não, no nosso caso é o prefeito [...] Ah! Os gerentes deveriam conversar entre si [...]. (Júlia)

Poderia melhorar sim, se a administração ajudasse, porque você repare se a administração municipal tivesse mais... cuidado, mais carinho com o hospital teria condições de melhorar do jeito que tá fazendo... tiraram... é em vez deles aumentar o número de funcionários ali tiraram, acho que mandaram 70 e tantas pessoas embora esses dias [...] estão falando até em fechar o pronto-socorro ali por causa de pagamento, coisa que nunca aconteceu aqui em Ipatinga, não sei porquê, foi sempre muito boa agora está cortada desse jeito aí, por que até o momento eles iam muito bem. (Joaquim)

A interação entre gerentes dos diversos serviços do sistema de saúde é discutida pelos sujeitos do estudo como uma estratégia necessária para a estruturação da rede, sendo relevante, pois, ao propiciar a construção de pontes entre suas organizações e as redes exteriores a elas (RAUFFLET, 2005). As reuniões entre os gerentes de serviços diferenciados podem representar momentos de diálogo que necessitam ser intensificados e valorizados, sendo fundamental para a efetivação das RAS (MENDES, 2011).

Neste sentido, aspectos gerenciais são discutidos pelos sujeitos deste estudo, tanto no plano microinstitucional como no plano macroinstitucional e em ambos a adoção de práticas capazes de contribuir para a produção do cuidado integral são fundamentais para a articulação dos serviços de saúde e a formatação das RAS.

Tendo em vista as considerações apresentadas neste tópico, percebe-se que são vários os desafios para a articulação das RAS na perspectiva de profissionais de saúde, usuários e cuidadores da AD. Desta forma, foram identificados elementos que indicam alguns fatores dificultadores vivenciados pelos sujeitos. Ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos da rede de atenção à saúde. Aliado aos relatos dos

entrevistados, também foi possível revelar alguns pontos que se configuram como potencialidades para a articulação em RAS, os quais são apresentados a seguir.

5.5.2 Oportunidades para a articulação entre os serviços de saúde

Esta subcategoria apresenta a descrição das características que emergiram das entrevistas referentes às possibilidades de avanços para a integração entre os serviços de saúde, aqui descritas como oportunidades de articulação. Tais oportunidades foram apontados em depoimentos de profissionais, usuários e cuidadores evidenciando-se as práticas já adotadas e, outras que poderiam ser implementadas pelos profissionais da AD rumo à articulação em rede.

Os resultados revelam a importância da AD para a configuração da RAS. O depoimento de P01 indica a compreensão dessa modalidade de assistência como importante estratégia para a ampliação do conceito de atenção à saúde incorporando, na prática, a busca da efetivação, integração, articulação e funcionamento da RAS.

[...] o PID ele é como um elo entre o hospital e os postos de saúde, sabe? A gente consegue trabalhar realizando a desospitalização do paciente, mas tendo a referência do hospital para o caso de uma intercorrência. E com os postos a gente envolve principalmente na alta do paciente que aí a gente encaminha para o posto de saúde, né? (P01)

A AD é percebida como um esforço de mudança na organização dos serviços de saúde, buscando superar o modelo assistencial centrado em cuidados hospitalares, embora os mesmos sejam imprescindíveis em situações específicas (ALVES *et al.*, 2007).

Segundo a Portaria N^o2527 de 2011, a AD deve atender às seguintes diretrizes, entre outras:

I - ser estruturada na perspectiva das Redes de Atenção à Saúde, tendo a atenção básica como ordenadora do cuidado e da ação territorial; II - estar incorporada ao sistema de regulação, articulando-se com os outros pontos de atenção à saúde e com serviços de retaguarda; [...] (BRASIL, 2011a, p. 2).

Neste sentido, é necessário que o serviço de AD se articule com outros pontos da rede assistencial para assegurar a continuidade do cuidado ao usuário atendido. Nessa perspectiva, algumas práticas voltadas para a articulação da RAS foram descritas pelos

próprios profissionais da AD e, também, pelos usuários e cuidadores. Dentre elas, o sistema de referência e contrarreferência foi citado como uma importante ferramenta para a articulação em RAS.

[...] Existe sempre, é..., tem aquela referência e contrarreferência. Tem ligação, a gente liga, comunica né com as pessoas em outros setores, nunca tive problema não. Às vezes faz contato com a gente e aí a gente dá a resposta. Pelo menos no meu setor a gente tem essa referência. (P01)

O sistema citado refere-se à condução de fluxos dos usuários, sendo denominada referência quando o fluxo de usuários acontece de um nível de menor densidade tecnológica de atendimento para um maior. O retorno do usuário para o serviço de menor densidade tecnológica é denominada contrarreferência (MENDES, 2011).

Ainda segundo este autor, o “modelo tradicional da referência e contrarreferência não é efetivo” (MENDES, 2011, p. 106). O estudo de Randow (2012) concluiu que avanços são necessários para o desenvolvimento de um sistema de referência e contrarreferência legítimo, capaz de garantir a continuidade do cuidado em pontos diferenciados de atenção à saúde e ainda as relações intersetoriais, proporcionando ao indivíduo assistência de acordo com a sua real necessidade de saúde.

Para a configuração de sistemas de referência e contrarreferência efetivos, denominados atualmente como sistema de fluxos e contrafluxos, é necessária a incorporação de sistemas logísticos eficazes. Para Mendes (2011), os sistemas logísticos são considerados soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas na RAS. Os sistemas logísticos constituem um dos componentes necessários para o desenvolvimento da rede, pois contribuem para um sistema eficaz de referência e contrarreferência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio.

Segundo Mendes (2011, p. 137)

Os sistemas logísticos organizam os fluxos e contrafluxos das pessoas, dos produtos e das informações nas RASs por meio de sistemas estruturados com base em tecnologias de informação. Há uma percepção crescente de que é necessário investir fortemente em tecnologias de informação para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Souza (2012) evidenciou em sua investigação que existe a prática de referência da APS para a atenção secundária, porém, a contrarreferência à APS não ocorre de forma efetiva. Neste sentido, ressalta que os sistemas de referência e contrarreferência acontecem mais como forma de controle da demanda e não de responsabilização pelo usuário.

Silva e colaboradores (2005, p. 395) revelaram que existe o imperativo de se expandir e otimizar a comunicação e os sistemas de informação entre a atenção primária e os PIDs. Acrescentam que se torna necessário maior vínculo com as UAPS e as Equipes de Saúde da Família, “bem como sistematizar a referência e a contrarreferência entre os PID e a rede de cuidados progressivos dos municípios”.

No que diz respeito à AD, vislumbra-se que, dada a diversidade de possibilidades desta modalidade de atenção devido ao seu potencial em se adequar a diferentes pontos da rede assistencial de saúde, seu entendimento na rede é mais complexo, uma vez que a organização do seu conjunto tecnológico vai depender da sua interface com os diferentes serviços. Assim, quando organizado sob a lógica de atendimento domiciliar, tende a maior proximidade com os serviços de atenção primária; quando organizados para internação domiciliar tende a maior articulação com os serviços hospitalares (ANDRADE *et al.*, 2013; BRASIL, 2011a; FEUERWERKER; MERHY, 2008; REHEM; TRAD, 2005; COTTA *et al.*, 2001). Neste sentido, a localização do PID na RAS de Ipatinga parece ser um facilitador para a articulação entre os serviços. De acordo com os depoentes, a integração com o hospital, onde o PID se situa, ocorre de forma harmoniosa e simplificada. Também relatam que a integração com outros serviços é beneficiada mediante estratégias de comunicação.

Igual o caso de paciente quando necessita da internação, estava com o PID e teve alguma complicação e tem que voltar para o hospital. Então, pelo PID estar aqui no hospital é bem mais fácil esse processo de reinternar. E com a Saúde da Família, também, em casos de alta, sempre tem que repassar para o PSF [...] Eu acho que é uma boa comunicação o pessoal tem que chegar e comunicar. [...] Escrita e também verbalmente. (P02)

[...] o paciente, assim... O que ele precisa ele tem, se ele precisa de uma consulta ele procura a gente, a gente consegue a consulta com especialista em uma agilidade muito maior que na unidade de saúde e que eles não teriam na unidade de saúde, eles ficam esperando muito tempo. [...] ‘se o paciente é do PID, se ele recebe internação domiciliar, se ele é considerado como um paciente aqui do hospital, ele tem que conseguir a consulta com mais agilidade’. Então, assim, quem tem que prover essa consulta tem que ser o PID, ou seja, o Hospital tem que dar um respaldo para a gente, e falar assim na unidade de saúde: ‘não esse paciente é do PID, ele tem prioridade’, aí a gente conseguiu isso, aí acabou que a consulta a gente começou a conseguir rápido [...]. (P04)

[...] o PID ele é um setor dentro do hospital que é conhecido por todas as unidades de saúde. Quando a gente fala que é paciente do PID eles já têm certa preferência, né? Então, não é que a gente usa para tirar proveito, mas quando uma pessoa é paciente do PID é porque tem algum problema mais sério, né? Que não é qualquer probleminha, então eles tratam de alguma maneira, assim, se tiver que agilizar alguma coisa a mais para ajudar, tudo que eles podem ajudar agilizar para aquela pessoa eles fazem. E isso é pelo relacionamento que eles têm... o PID e as unidades de saúde, policlínica e hospital. (Caetano)

Apreende-se dos discursos que a articulação em rede possibilita a cooperação e solidariedade entre os serviços, o que gera benefícios para atendimento das demandas e necessidades dos usuários da AD. Em estudo de Rabello e Rodrigues (2010), evidenciou-se a necessidade de integração da AD com o nível terciário de atenção à saúde, uma vez que existe a dificuldade para readmissão hospitalar, insuficiência de estratégias de apoio e continuidade para o cuidado e problemas relativos aos sistemas de referência e contra-referência.

Evidencia-se por meio do depoimento de Caetano que os usuários da AD requerem cuidados singulares. As declarações apresentados reforçam a compreensão da AD como modalidade de atenção que pressupõe um cuidado centrado no usuário e nas suas necessidades, distinguindo-se de outras modelagens em que há um distanciamento entre profissionais e usuários (SILVA *et al.*, 2010). Assim, a AD constitui-se em uma alternativa mais humanizada e contextualizada de acordo com as necessidades dos usuários.

O contato telefônico torna-se uma estratégia de comunicação significativa para a articulação do PID com outros serviços de saúde, conforme evidenciado por P03.

O que favorece a articulação é isso, o diálogo... Nós ligamos para a unidade de saúde, é... Nos colocamos a disposição para orientações, para esclarecimentos, né? (P03)

Furtado e colaboradores (2010) desvendaram, em sua pesquisa, que o contato telefônico foi utilizado para a articulação com diferentes setores e serviços do município, sendo mais frequente com o serviço de APS.

Outro aspecto evidenciado diz respeito à emissão de relatórios por escrito para a alta do PID. Tais relatórios são emitidos pelos profissionais de saúde e entregues aos usuários ou cuidadores que os levam à unidade de saúde com o objetivo de ter a continuidade do cuidado.

Quando eu vou dar alta, é, se o paciente for dar continuidade, que na maioria das vezes né, a gente encaminha né... passa um relatório de alta, o médico faz também [...]. (P01)

Creio que uma articulação boa, porque toda vez que a gente precisa comunicar com o outro, por exemplo, PID com Unidade de Saúde, a gente consegue comunicar... Como? Quando tem que dar alta para o paciente, quando o paciente está de alta a gente geralmente entrega um relatório para a família, a família leva à unidade de saúde, e a partir daí ele passa a ser acolhido pelo PSF. (P02)

Fazendo relatório... toda alta do paciente é emitido um relatório, escrevendo as condições do paciente, o tratamento o que ele precisa, as necessidades dele tanto de visitas médicas como de matérias e de enfermagem, então é feita toda essa orientação, a nossa parte é feita. (P03)

Eu acho que melhorou bastante quando uma outra enfermeira entrou ela começou a fazer uns relatórios de, por exemplo, o paciente ia receber alta do PID, ela fazia um relatório encaminhando esse paciente para a unidade de saúde que a gente às vezes falava: 'aqui, agora quem vai te dar o suporte é a unidade de saúde', e a gente via que a unidade de saúde não dava suporte e a pessoa ligava... então até que a gente tinha uma dificuldade enorme de dar alta para o paciente [...], aí a enfermeira falou: 'não, eu vou começar a fazer a contrarreferência por escrito'. Aí ela fazia entregava para o paciente, entregava para a unidade de saúde, aí a unidade de saúde tinha que fazer suporte [...]. (P04)

De acordo com os depoimentos, a emissão e a entrega do relatório constitui relevante prática para a articulação em rede. Segundo Sena e colaboradores (2010) a emissão de relatório de alta não acontece de forma sistemática, existindo somente em casos considerados prioritários com a necessidade de alta referenciada para as equipes de saúde as famílias.

Um dos sujeitos exemplificou uma situação de articulação entre o trabalho do PID e o SAMU.

Teve uma vez quando eu fechei a minha traqueo {traqueostomia} e eu respirava por ela até então, aí fecharam a minha traqueo e no outro dia comecei a ficar sem ar, comecei a passar muito mal, o PID chegou começaram a tentar me ajudar, a minha pressão tinha caído muito, aquele aparelhinho (oxímetro de pulso) tinha dado bem baixo, aí eles mesmos ligaram para o SAMU, o SAMU também veio tentaram me aspirar pela boca, pelo nariz, porque eu estava sem ar, eles tiveram que me levar para o hospital, nesse dia sofri demais, se não tivesse sido o trabalho rápido do PID junto com a ambulância que eles chamaram naquele momento [...] se não fosse o trabalho bem rápido do PID junto com o SAMU [...] trabalho bem em equipe, SAMU e PID... eu achei que fosse morrer [...]. (Alice)

A AD requer a garantia de formas de atendimento em casos de urgência. O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) constitui-se em um importante aliado na efetividade deste tipo de atenção. O serviço de AD, em alguns casos, conta com o atendimento do SAMU em episódios de intercorrências no domicílio para o transporte até o pronto atendimento de referência (FRIPP; FACCHINI; SILVA, 2012; SILVA *et al.*, 2010).

Evidencia-se como outra prática de articulação em rede o encaminhamento para o PID que, por vezes, acontece informalmente. A esse respeito, Rute mencionou que foi uma enfermeira da APS quem indicou o atendimento do PID para a prestação de atendimento:

[...] Veio a enfermeira do posto, ela veio aqui me ajudou bastante, mas não poderia estar vindo sempre, né? Porque... Até porque o atendimento lá é muito grande né? Muita gente e tal, ela não poderia estar vindo sempre. Então, foi quando ela me indicou estar procurando o PID [...] Uma enfermeira do Posto de Saúde que me indicou! (Rute)

Silva e colaboradores (2010, p. 174) ressaltam que uma importante forma de entrada de usuários no serviço de AD ocorre mediante demandas das equipes de saúde da família, “considerando que também nesse âmbito é possível identificar situações que requerem maior intensidade de cuidado, mas sem necessidade de internação hospitalar”.

Outro entrevistado enfatizou a importância da cooperação entre os serviços de saúde. Afirmou ser necessária a ajuda mútua tornando-se significativa para a configuração da RAS.

[...] Com certeza! É um auxiliando o outro né? Sabe por quê? Igual falando assim... Uma parte que o PID, por causa mesmo da ambulância né? Não dependia deles, aí o hospital fornece, igual falando assim, tem também a nutricionista do PID, o hospital fornece agora. Ah... faltou o material, o posto de saúde fornece para os pacientes do PID, então é um junto com o outro como diz, completando né? (Cristina)

O depoimento de Cristina reforça o entendimento de RAS como uma estratégia para se efetivar o intercâmbio de experiências e conhecimentos entre os diferentes pontos de atenção. Destaca-se que a definição de rede abrange alguns conceitos como cooperação e sinergia voltados para objetivos comuns no trabalho em saúde (MENDES, 2011). Cabe salientar que para a efetivação da RAS faz-se necessária a incorporação de redes estruturadas em tessituras flexíveis e abertas de compartilhamentos e interdependências em objetivos, informações, compromissos e resultados (MENDES, 2011).

Os participantes do estudo expressam o entendimento da relação do PID com outros setores na conformação da RAS.

“[...] a gente tem um Centro de Reabilitação Geral, esse Centro de Reabilitação ele faz cadeira de rodas, cadeira de banho, é... prótese, órtese, então assim, se eu preciso de alguma coisa assim, eles fazem pelo SUS, é de graça. Então, se eu preciso de um tipo de prótese, alguma órtese, alguma cadeira de banho, cadeira de rodas específica para um tetraplégico, para um paraplégico eu entro em contato, a coisa mais fácil, eu acho assim, tanto que eles entraram em contato comigo e manda para a gente o paciente, então assim... isso, assim... consigo com muita facilidade, essa

comunicação entre a gente, ela é muito fácil, muito rápido e muito eficiente, todos eles conseguem o que precisam [...] igual como eu te falei com o CRG a gente tem uma comunicação muito boa, constante [...].” P04

Os achados do estudo remetem à reflexão sobre a necessidade de estabelecimento de parcerias intersetoriais e interdisciplinares que propiciem um cuidado integral e resolutivo ao usuário. O Centro de Reabilitação Geral é um serviço oferecido à comunidade criado pelo curso de fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior do município. Randow (2012) enfatiza que a conformação da RAS não deve se restringir aos serviços de saúde, mas deve ocorrer a busca pela integralidade entre diferentes serviços e setores.

A intersetorialidade surge, portanto, como uma importante ação em prol da efetivação da RAS. Mediante o exposto, a integração necessária ultrapassa o sistema de saúde e requer a integração entre setores de serviços diferenciados. Nessa perspectiva, o trabalho intersetorial destaca-se como uma das modalidades de integração das RAS (MENDES, 2011). Ressalta-se, portanto, que “as redes de atenção à saúde não devem ser restritas ao setor saúde, devendo incluir políticas de outros setores relacionados às determinantes do processo saúde-doença” (SILVA, 2011, p. 2755). Assim, a integração é entendida como um meio para melhorar o desempenho do sistema, com a oferta de serviços mais acessíveis, de maior qualidade, com melhor relação custo-benefício e que satisfaça aos indivíduos atendidos (BRASIL, 2010).

Conforme os resultados obtidos, enfatiza-se que o trabalho dos profissionais do PID é otimizado por meio de uma articulação com outros pontos de atenção com destaque para a APS, o que requer a superação da desresponsabilização e da articulação pontual, caso a caso por uma nova possibilidade de trabalho integrado com definição clara de papéis de cada serviço na continuidade do cuidado (SILVA *et al.*, 2010).

Em relação à possibilidade de melhorias na conformação da rede assistencial à saúde, Caetano refere ser interessante para a população usuária, sendo necessárias mudanças em cada serviço que compõem a RAS. Relata, sobretudo, que seria proveitoso para a própria gestão municipal ao acarretar redução de custos.

Porque cada coisinha que mexer, né? Em cada setor, é, mexer para melhor só vai trazer benefícios, né? Trazer benefícios para todos. Então a maneira que eu entendo e percebo é exatamente essa, que está bem, mas pode melhorar mais e se melhorar mais, quem vai lucrar? Nós que somos usuários e também o próprio município que muitas vezes ele está gastando uma determinada verba entendeu? Com determinadas coisas que podem ser evitadas, que podem render para frente para melhorar outro

setor, outras coisas mais da saúde, essa é a minha parte que eu entendo mais ou menos que eu percebo é isso. (Caetano)

Apreende-se do discurso de Caetano que a integração em RAS é importante tanto para os usuários quanto para o município. Sobre a otimização de recursos, Silva (2011, p. 2756) afirma que

[...] as redes de atenção à saúde têm sido consideradas um importante fator de racionalização de gastos e melhor aproveitamento da oferta assistencial disponível. Em sistemas com essa organização, os recursos podem ser mais bem aproveitados desde que sejam aperfeiçoados os mecanismos de incorporação tecnológica e de acesso dos usuários aos diferentes serviços, e de obtenção de economias de escala e escopo na composição e organização deles.

Ressalta-se que a economia de escala refere-se ao alcance da redução do custo médio dos procedimentos devido à otimização do “aproveitamento da capacidade instalada, com distribuição dos custos fixos para o maior número possível de procedimentos, eliminando ociosidades e desperdícios”. Por sua vez, economia de escopo refere-se ao aumento da “gama de serviços oferecidos pela unidade assistencial, com isso reduzindo também os custos fixos pelo fato de eles se diluírem em tipos diferentes de procedimentos” (SILVA, 2011, p. 2756). Sobre isto, este autor reforça que é necessário o equilíbrio entre a economia de escala e de escopo com a disponibilidade de acesso facilitado às pessoas.

Ainda sobre a possibilidade de melhorias no processo de consolidação da RAS, emergiu dos relatos dos sujeitos que a comunicação constitui-se como uma importante estratégia de articulação em redes. Sobre isto, alguns sujeitos da pesquisa referiram que a comunicação deve ocorrer em “via de mão dupla”, ou seja, tanto do PID como os outros serviços quanto dos outros serviços com o PID.

Mas é só comunicação, comunicar mais, aí vai funcionar melhor do que está, e a comunicação é a chave do negócio, entendeu? Então, tanto o PID comunicar com os outros setores e os outros setores com o PID, porque cada um precisa inteirar de cada assunto e as coisas funcionam melhor de ambas as partes. Tanto do lado do PID como do lado dos outros setores, unidade de saúde, hospital, policlínica e mais lugares, entendeu? (Caetano)

Eu acho assim que... que quando... igual o meu caso que é sério. Então, quando eu procurar o posto, o posto já estar informado, né? Da minha situação, eles já estariam mais ou menos a par do meu caso, aí seria bem melhor, né? É o atendimento... e também... porque toda vez que eu vou, eu levo meus exames todos né? Aí ao chegar lá eles já estariam mais ou menos por dentro, já saberiam mais ou menos do quê que se trata. Iria facilitar... (Valentina)

Olha, eu acho que assim, eles deveriam sentar mais, sentar e fazer tipo... ter uma reunião, um congresso... sei lá, uma coisa parecida. E... ter um vínculo mais direto. (Jorge)

[...] falta ajuda mútua de cada setor... sei lá, colaborar em alguma coisa, ajudar em alguma coisa, porque, assim, está sempre precisando... Eu vou ter que ir ao hospital com ele para fazer um exame dele, então sempre deveria estar em contato elas, eu acho, comunicação ajuda também, né? (Eva)

[...] Sempre ter uma comunicação melhor! Eu acho que seria ótimo! Para os pacientes acamados seria maravilhoso. Só não sei se eles dariam conta né? (Rute)

O “encontro” entre os profissionais da AD e profissionais de outros serviços caracteriza-se

“como uma possibilidade para a discussão conjunta de casos para definição de conduta a partir das necessidades dos usuários. Entretanto, há vários aspectos que dificultam essa prática, entre eles a organização da agenda de trabalho das equipes, os fluxos de referência e contra-referência e ainda as questões de disputas entre profissionais que atravessam o cotidiano do trabalho em saúde” (SENA, 2010a, p. 105).

Sobre este aspecto, Souza (2012, p. 260) afirma que a “comunicação entre os níveis de atenção e entre os serviços no processo de referência se dá de forma incompleta e pontual” descaracterizando, portanto, a conformação da RAS. Mendes (2011) afirma que nos sistemas fragmentados, os diferentes pontos de atenção atuam de forma isolada, sem uma comunicação ordenada com os demais componentes da rede.

Portanto, no que diz respeito às possibilidades de avanços da rede de atenção foi revelada neste estudo a articulação do PID com outros serviços, em especial com a APS e o hospital municipal, porém com necessidade de melhoria nos quesitos comunicação e compartilhamento de informações para atingir uma real atuação em rede. A AD se configura como uma modalidade de assistência como uma importante estratégia para a ampliação do conceito de rede atenção à saúde incorporando práticas de referência e contrarreferência, integração com outros serviços a partir do contato telefônico, emissão de relatórios de alta e práticas de intersetorialidade. A AD, deste modo, representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde.



CONSIDERAÇÕES FINAIS

*É melhor tentar e falhar, que preocupar-se e ver a vida passar. É melhor tentar, ainda que em vão, que sentar-se, fazendo nada até o final. Eu prefiro na chuva caminhar, que em dias frios em casa me esconder. Prefiro ser feliz embora louco, que em conformidade viver...
(Martin Luther King)*

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender a estruturação das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais, usuários e cuidadores da AD do município de Ipatinga, Minas Gerais. Para tanto, buscou-se conhecer a inserção da AD na rede de atenção à saúde, conhecer os caminhos percorridos nas redes de atenção à saúde pelos usuários e cuidadores da AD, conhecer as práticas cotidianas adotadas por profissionais para viabilizar a articulação da AD com os demais serviços da rede de atenção à saúde e identificar aspectos facilitadores e dificultadores para a articulação da AD com os demais pontos de atenção à saúde da rede.

Por meio dos relatos dos profissionais, cuidadores e usuários da AD foi possível evidenciar fatores relevantes para a estruturação da RAS como o acesso, a integralidade, a resolutividade, a universalidade e a organização dos serviços. Salienta-se o distanciamento entre o prescrito e o real no que tange à estruturação da RAS, sendo igualmente evidenciado por meio dos depoimentos de profissionais, usuários e cuidadores da AD. Os tipos de serviços que compõem a RAS do município foram citados tanto pelos profissionais quanto pelos usuários e cuidadores, sendo a AD destacada como uma modalidade de serviço que tem potencial de propiciar resolutividade no âmbito da saúde.

Os resultados possibilitaram, também, a descrição dos caminhos percorridos pelos usuários e cuidadores em busca de atendimento à saúde na rede assistencial. Evidenciou-se que a alta hospitalar, após condições graves de adoecimento, requer um suporte maior de atenção à saúde, sendo a AD fundamental no que concerne ao processo de readaptação e, sobretudo, de transferência de cuidados para a casa. Neste momento torna-se necessária a articulação com as equipes da APS, em especial, uma vez que o usuário possui diferentes necessidades e demandas que não somente ao motivo de admissão no PID. Sobre o acesso aos serviços de APS, revelou-se a valorização e a constante busca por consultas, remédios ou solicitação de exames, não se observando a essência deste ponto de atenção à saúde. A busca por serviços de urgência e emergência também foi ressaltada neste estudo como uma importante porta de entrada para os serviços de saúde.

Outros caminhos percorridos por usuários e cuidadores também foram identificados para se “conseguir” atendimento de suas necessidades. A despeito da judicialização da saúde ter emergido como uma forma de se conseguir o acesso aos serviços de saúde, esta não

assegura a integralidade. Outrossim, a frequente recorrência aos mandatos judiciais prejudicam o planejamento da equipe de saúde. A utilização de serviços prestados por operadoras de saúde também despontou como uma forma de se obter atendimento a saúde, sendo esta complementar ao prestado pelo SUS.

Não obstante, os achados deste estudo remetem à necessidade da interdependência e complementaridade entre os serviços que compõem a RAS com vistas a garantir a integralidade, sendo esta reconhecida como “meio” e “fim” para o desenvolvimento da RAS que remete à integração de serviços. Ressalta-se que a integração e articulação entre os diferentes pontos da rede de atenção à saúde são necessárias para a otimização dos recursos e o atendimento integral e resolutivo às necessidades dos usuários. Porém, foi possível identificar o predomínio da desarticulação entre os diferentes pontos que compõem a rede de atenção saúde. Entre as dificuldades para a integração, ressaltam-se a dificuldade de articulação, em especial com a APS, a desresponsabilização dos serviços e profissionais pelo usuário; a deficiência de comunicação entre os serviços; o desequilíbrio entre demanda e oferta; e as práticas gerenciais em serviços de saúde.

Assim, evidenciou-se que são vários os desafios para a articulação das RAS. Entre as dificuldades que permeiam a construção de um trabalho em rede, destaca-se o desconhecimento predominante do papel do PID, demonstrando a necessidade de superação da atuação fragmentada no âmbito do sistema de saúde. É importante ressaltar a necessidade de construção e divulgação de saberes a respeito das atividades desenvolvidas e que podem ser implementadas pelos profissionais do PID.

Possibilidades de avanços para a integração entre os serviços de saúde também foram reveladas neste estudo. Tais oportunidades de articulação, tanto as que já ocorrem como as que podem ocorrer, foram mencionadas pelos sujeitos, como a incorporação de práticas de referência e contrarreferência mais efetivas, a integração com outros pontos de atenção à saúde por meio do contato telefônico, emissão de relatórios de alta e práticas de intersetorialidade. Assim, o desenvolvimento de estratégias para viabilizar a comunicação entre os profissionais dos diversos serviços é fundamental para que exista um fluxo de informações a respeito dos usuários do PID que possibilite compreender suas necessidades de forma ampla e articular os diferentes saberes para a definição do cuidado em saúde. Para isso, a potencialidade de instrumentos como os relatórios, os registros eletrônicos, o Cartão SUS e o prontuário eletrônico deve ser explorada com maior eficácia.

Cabe salientar que os objetivos do estudo foram alcançados, tendo sido apropriada a abordagem metodológica adotada. Para realização desta pesquisa vários fatores facilitadores e estimuladores se fizeram presentes, entre estes a receptividade e colaboração da equipe profissional do PID e, especialmente, dos usuários e cuidadores ao nos receberem em seus lares e compartilharem histórias singulares de suas vidas.

Ademais, as visitas no domicílio permitiram a aproximação de fatores que afetam a vida do usuário na medida em que possibilitaram o conhecimento *in loco*, refletindo um cotidiano difícil, o mundo vivido e enfrentado, inclusive em relação ao acesso e disponibilidade de serviços de saúde local. As referidas visitas permitiram o reconhecimento da realidade socioeconômica e do local de residência e possibilitaram a manifestação dos sujeitos de forma mais livre, apesar de em algumas situações expressarem receio de serem prejudicados nos serviços de saúde. Propiciou, também, a compreensão da dimensão subjetiva do cuidado domiciliar, considerado pelos usuários e cuidadores como um apoio fundamental em sua vivência / convivência com o processo de adoecimento. Outro fato marcante foi o sofrimento vivenciado pelos cuidadores, que muitas vezes abdicam de sua vida para se dedicar ao seu familiar, mostrando e reforçando a relevância da AD para o cuidado em saúde.

Nesta perspectiva, a AD se revela como importante para o Sistema de Saúde, não somente por propiciar a redução de custos e a desospitalização, mas também, e especialmente, por proporcionar um cuidado inovador no domicílio. Ademais, ressalta-se ser imprescindível a ampliação deste serviço com o aumento de oferta, e que esta seja realizada mediante a consideração das reais necessidades de saúde dos usuários.

Ressalta-se que a inclusão de profissionais, usuários e cuidadores como sujeitos desta investigação possibilitou a discussão da RAS em diferentes perspectivas, o que foi muito significativo para a compreensão do fenômeno em foco. Entretanto, sugere-se a realização de outros estudos sobre a RAS, com enfoque na AD incluindo sujeitos de outros pontos da rede, tais como os profissionais de saúde que atuam na APS. Ademais, tornam-se necessários estudos sobre as práticas cotidianas de profissionais que atuam nos serviços de AD, em especial, àquelas relacionadas à articulação, comunicação e integração entre os diferentes serviços existentes e, também estudos que analisem o papel da AD na articulação em rede e sua legitimação como política pública de saúde.

Cabe reforçar que a realização deste estudo possibilitou identificar, na perspectiva dos profissionais de saúde, usuários e cuidadores do PID, que o trabalho desenvolvido neste cenário

possui potencialidade de interface com outros pontos da RAS, sendo considerado significativo para se efetivar os princípios doutrinários do SUS. Porém, ressalta-se que iniciativas de envolvimento, articulação, interação e integração com outros serviços de saúde são fundamentos primordiais para se alcançar os pressupostos da RAS.

Considera-se, portanto, que a AD representa um importante espaço no reordenamento do trabalho em saúde e na reorganização da atenção à saúde, permanecendo o desafio de se fortalecer a AD como uma prática resolutiva e substitutiva em saúde. Ademais, a singularidade da AD no contexto da RAS se expressa na sua possibilidade de interação com outros equipamentos de saúde, no cuidado humanizado, eficaz e resolutivo ofertado aos usuários e no suporte dado aos cuidadores.

Não obstante, sem a pretensão de esgotar o tema, espera-se com este estudo fornecer subsídios para o planejamento em saúde voltado para a valorização de práticas de articulação em rede e, também, para a consolidação da AD como uma modalidade de cuidado efetiva no âmbito da saúde.



REFERÊNCIAS

Se tudo está certo, mesmo assim... A incerteza existe. Se existe a pureza, mesmo assim... Há falta da inocência. Se existe alegria, mesmo assim. Alguém sempre chora. Se existe esperança muita gente não espera (Rosa de Saron)

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.26, n.12, p. 2234-49, 2010.

ALVES M. *et al.* Trabalho do enfermeiro em uma empresa de home care de Belo Horizonte. **Invest Educ Enferm**. 2007. 25(2): 96-106.

ALVES, M.; PENNA, C. M. M. BRITO, M.J.M. Perfil dos gerentes de Unidades Básicas de Saúde. **Rev Bras Enferm**, Brasília (DF) 2004 jul-ago;57(4):441-6.

ANDRADE, A. *et al.* Singularidades do trabalho na atenção domiciliar: imprimindo uma nova lógica em saúde. **R. pesq.: cuid. fundam. Online**. 2013. jan./mar. 5(1):3383-93. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2025>>. Acesso em: 30 Jan. 2013.

ANS. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Informações em Saúde Suplementar**. ANS TABNET. Disponível em: <http://www.ans.gov.br/anstabnet/anstabnet/defthtm.exe?anstabnet/dados/TABNET_BR.DEF>. Acesso em julho de 2012.

ARAÚJO, L. F. S. *et al.* Análise da demanda do direito à saúde em Mato Grosso e as possibilidades de mediação pelo Tribunal de Justiça do Mato Grosso In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 185 - 193. Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil.

AZEVEDO, A. L. M.; COSTA, A. M. The narrow entrance door of Brazil's National Health System (SUS): an evaluation of accessibility in the Family Health Strategy. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n.35, p.797-810, out./dez. 2010.

BARRETO, M. L.; CARMO, E. H. Padrões de adoecimento e de morte da população brasileira: os renovados desafios para o Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2007. 12(Sup): 1779-1790.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BELLATO, R. *et al.* Mediações e mediadores nos itinerários terapêuticos de pessoas e famílias em Mato Grosso. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011a. p. 177- 184. Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil.

BELLATO, R. *et al.* “Remédio jurídico” e seus afetamentos no cuidado à saúde de uma família. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011b. p.193-204. Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil.

BELLATO, R. *et al.* Itinerários terapêuticos de famílias e redes para o cuidado na condição crônica: alguns pressupostos. In: PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Avaliação em saúde na perspectiva do usuário: abordagem multicêntrica**. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ, 2009. p. 187-194.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Centro Gráfico, Brasília: DF, 1988.

_____. Ministério da Saúde. **Lei Orgânica de Saúde nº 8080**, de 19 de setembro de 1990. Brasília, 1990.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996**. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Informe epidemiológico do SUS, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2416, de 23 de março de 1998**. Estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para realização de Internação Domiciliar no SUS. Brasília (DF): Diário Oficial da União; Seção 1, p. 106.

_____. Ministério da Saúde. **Lei n. 10.424 de 15 de abril de 2002**. Acrescenta capítulo e artigo à lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União n. 72. Brasília. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para a atenção domiciliar no Sistema Único de Saúde**. Documento Preliminar. 2004.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília: CONASS, 2006a. 164 p.

_____. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Resolução da Diretoria Colegiada – RDC n. 11, de 26 de Janeiro de 2006**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília. 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n. 2.529, de 19 de outubro de 2006**. Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. (Revogada). Brasília. 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 648, de 28 de março de 2006. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 mar. 2006d. Seção 1, p. 71. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0648_28_03_2006.html>. Acesso em: 19 jan. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Saúde Suplementar**. Coleção Progestores – Para entender a gestão do SUS, v. 11. Brasília: CONASS, 2007. 234 p.

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

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2527, de 27 de outubro de 2011**. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria Nº 1.600, de 07 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília. 2011b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria N. 2.029, de 24 de agosto de 2011**. Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília. 2011c.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 2959, de 14 de dezembro de 2011**. Habilita estabelecimentos de Saúde contemplados com Serviço de Atenção Domiciliar (SAD). Brasília. 2011d.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1533, de 16 de julho de 2012**. Altera e acresce dispositivos à Portaria nº 2.527/GM/MS, de 27 de outubro de 2011, que redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2012a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Cadernos de atenção domiciliar**. v. 1. Brasília. 2012b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação-geral de Atenção Domiciliar. **Cadernos de atenção domiciliar**. v. 2. Brasília. 2012c.

BOGDAN, R. C.; BIKLEN, S. K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Porto – Portugal: Porto Editora, 1994.

CAMARGO JR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, A. (org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS /UERJ /ABRASCO, 2005.

CAMPOS, E. M. *et al.* Tecnologias avaliativas de integralidade em saúde na Atenção Básica: a experiência do município de Juiz de Fora. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008. p. 129-152.

CARVALHO, C. S. U. A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2008; 54(1): 87-96.

CARVALHO, L. C. **A disputa de planos de cuidado na atenção domiciliar**. Rio de Janeiro:UFRJ / Faculdade de Medicina, 2009. 111 f.

CARVALHO, L. C.; CHAGAS, M. S.; PONTES, A. L. **A Atenção Domiciliar no município do Rio de Janeiro**. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/rio_de_janeiro.pdf>. Acesso em 15 mai. 2011.

CARVALHO, L. C.; FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Disputas en torno a los planes de cuidado en la internación domiciliar: una reflexión necesaria. **Salud Colectiva**, Buenos Aires, 3(3): 259-269, Septiembre - Diciembre, 2007.

CASTRO, E. A. B., CAMARGO JÚNIOR, K. R. Por uma etnografia dos cuidados de saúde após a alta hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. 2008; v. 13: 2075-88.

CASTRO, E. A. B. **A vida após a alta**. 2005. 238f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)– Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CASTELLS, M. **A sociedade em rede**. 4ª Ed., volume I, São Paulo, Editora Paz e Terra, 2000.

CECÍLIO, L. C. O. Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. **Cadernos de saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 469-478, jul./set. 1997.

_____. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. IMS – UERJ, ABRASCO. Rio de Janeiro, 2001.

CHIZZOTTI, A. A Pesquisa Qualitativa em Ciências Humanas e Sociais: evolução e desafios. **Revista Portuguesa de Educação**, ano 2003/vol. 16, número 002. Universidade do Minho Braga, Portugal pp. 221-236.

_____. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995.

CONILL, E. M. *et al.* O mix público-privado na utilização de serviços de saúde: um estudo dos itinerários terapêuticos de beneficiários do segmento de saúde suplementar brasileiro. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1501-1510, 2008.

CONILL, E. M. Avaliação da integralidade: conferindo sentido para os pactos na programação de metas dos sistemas municipais de saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(5):1417-1423, set-out, 2004.

COTTA, R. M. *et al.* La hospitalización domiciliar: antecedentes, situación actual y perspectivas. **Rev Panam Salud Publica**. 10(1), 2001.

CRUZ, I. C. F, BARROS, S. R. T. P, FERREIRA, H. C. Enfermagem em home care e sua inserção nos níveis de atenção à saúde: a experiência da Escola de Enfermagem da Universidade Federal Fluminense. **Enfermagem Atual**. 2001; 1(4): 35-8.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **Informações de Saúde**. 2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=02>>. Acesso em jul. 2012.

DIMENSTEIN, M. *et al.* Avaliação e qualidade em saúde na perspectiva da equipe multiprofissional na rede básica de Natal/RN. In: Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, 7., 2003, Brasília. **Anais**. Brasília: Associação Brasileira de Saúde Coletiva, 2003. Suplemento 2, p.521.

ELIAS, P. E. *et al.* Atenção básica em saúde: comparação entre PSF e UBS por estrato de exclusão social no município de São Paulo. **Cienc. Saude Colet.**, v.11, n.3, p.633-41, 2006.

FAVERO, V; MAZZA, V. A.; LACERDA, M. R. Cuidado domiciliar: regulamentação e legislação brasileira. **Anais 16º Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**. 2011.

FAVERO, L. *et al.* Aspectos relevantes sobre o cuidado domiciliar na produção científica da enfermagem brasileira. **remE – Rev. Min. Enferm.**;13(4): 515-524, out./dez., 2009.

FEUERWERKER, L. C. M. **A Atenção Domiciliar no município de Londrina. Universidade Federal do Rio de Janeiro.** Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde. 2005. Disponível em:<<http://www.medicina.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/londrina.pdf>>. Acesso em jun. 2011.

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. A contribuição da atenção domiciliar para a configuração de redes substitutivas de saúde: desinstitucionalização e transformação de práticas. **Rev Panam Salud Publica**. 2008; 24(3):180–8.

FLEURY S, OUVERNEY AM. **Gestão de Redes: A Estratégia de Regionalização da Política de Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FGV; 2007. 204 p.

FLICK, U. **Uma Introdução a Pesquisa Qualitativa**. Trad. Sandra Netz. 2 ed. Porto Alegre: Bookman, 2004. 312 p.

FLORIANI, C.A, SCHRAMM, F.R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(4):986-994, jul-ago, 2004

FLORIANI, C.A.; SCHRAMM, F.R. Desafios morais e operacionais da inclusão dos cuidados paliativos na rede de atenção básica. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 23(9):2072-2080, set, 2007.

FRANCO, C. M.; FRANCO, T. B. **Linhas do cuidado integral**: uma proposta de organização da rede de saúde. Disponível em:<http://www.saude.rs.gov.br/upload/1337000728_Linha%20cuidado%20integral%20conceito%20como%20fazer.pdf>. Acesso em 10 dez. 2012.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Atenção domiciliar na saúde suplementar: dispositivo da reestruturação produtiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, 13(5):1511-1520, 2008

FRANCO, T.B; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: **O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. Hucitec: 2004. 2ª edição; São Paulo, SP.

FRIPP, J. C; FACCHINI, L. A.; SILVA, S. M. Caracterização de um programa de internação domiciliar e cuidados paliativos no Município de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul, Brasil: uma contribuição à atenção integral aos usuários com câncer no Sistema Único de Saúde, SUS. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, 21(1):69-78, jan-mar 2012.

FURTADO, M.C.C. *et al.* Avaliação da atenção ao recém-nascido na articulação entre maternidade e rede básica de saúde. **Rev. Eletr. Enf.** 2010; 12(4):640-6. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v12/n4/v12n4a07.htm>>. Acesso em: dez. 2012.

GAUTHIER, J. H. M. *et al.* **Pesquisa em Enfermagem. Novas Metodologias Aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1998.

GERHADT, T. E.; ROTOLI, A.; RIQUINHO, D. L. Itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008. p.197-214.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas S.A., 1999.

GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.. Atenção Primária à Saúde. In: GIOVANELLA, L. *et al* (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 1ª reimpressão. Rio de Janeiro (RJ): Editora FIOCRUZ, 2008. p.575-625.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A.-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20 Sup 2:S331-S336, 2004.

HERMANN A. P. *et al*. A formação para o cuidado domiciliar: aspectos encontrados na produção científica da enfermagem brasileira. **Cogitare Enferm**. 2009. Out/Dez; 14(4):748-54.

KANTORSKI, L.P *et al*. A Integralidade da atenção à saúde na perspectiva da gestão do município. **Texto e Contexto enfermagem**, v. 15, n 3. Florianópolis. Julho-Setembro. 2006.

KERBER, N. P. C. **A atenção domiciliária e direito à saúde: análise de uma experiência na rede pública de saúde no Brasil** [tese]. Florianópolis (SC): UFSC/PEN, 2007. 335p.

KUSCHNIR, R. *et al*. Configuração da rede regionalizada e hierarquizada de atenção à saúde no âmbito do SUS. In: GONDIM, R. (Org.). **Qualificação de gestores do SUS**. Rio de Janeiro: EAD/Ensp, 2011. p. 121-151.

LACERDA, M. R. *et al*. Atenção à Saúde no Domicílio: modalidades que fundamentam sua prática. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.15, n.2, p.88-95, maio-ago. 2006.

LACERDA M. R., OLINISKI S.R., GIACOMOZZI C. M. Familiares cuidadores comparando a internação domiciliar e a hospitalar. **Fam. Saúde Desenv**. 2004 maio-ago; 6 (2): 110-8.

LINARD, A. G., CASTRO, M. M., CRUZ, A. K. L. Integralidade da assistência na compreensão dos profissionais da Estratégia Saúde da Família. **Rev Gaúcha Enferm.**; Porto Alegre (RS) 2011 set;32(3):546-53.

LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EDU, 1986. 99 p.

MACHADO, F. R. S. Contribuições ao debate da judicialização da saúde no Brasil. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 2 p. 73-91. Jul./Out. 2008.

MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. **O desafio de construir e regular redes públicas com integralidade em sistemas privado-dependentes: a experiência de Belo Horizonte**. 2006. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas, 2006.

MALTA, D.C. *et al.* Perspectivas da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n.2, p. 433-444, 2004.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Técnicas de Pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Atlas, 1996. 231p.

MARTINS, S.K. **Diretrizes para a organização do atendimento domiciliar à saúde: contribuições da enfermeira**. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2006.124f. Disponível em: <[http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/7887/\(disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20032007.pdf?sequence=1\)](http://dspace.c3sl.ufpr.br/dspace/bitstream/handle/1884/7887/(disserta%C3%A7%C3%A3o%20final%20032007.pdf?sequence=1)>. Acesso em 15 mai. 2011.

MARTINS, S. K; LACERDA, M. R. O atendimento domiciliar à saúde e as políticas públicas em saúde. **Rev. RENE**. Fortaleza, v. 9, n. 2, p. 148-156, abr./jun.2008.

MARTINS, J.J. *et al.* Necessidades de educação em saúde dos cuidadores de pessoas idosas no domicílio. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, 2007 Abr-Jun; 16(2): 254-62.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.) **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p.39-64.

MENDES, E. V. **Os grandes dilemas do SUS**. Salvador: Casa da Qualidade; 2001.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

_____. As redes de atenção à saúde. **Rev Med Minas Gerais**. 2008;18:S3-11.

MENDONÇA, C.S.; HARZHEIM, E.; DUNCAN, B.B; NUNES, L.N.; LEYH, W. Trends in hospitalizations for primary care sensitive conditions following the implementation of Family Health Teams in Belo Horizonte, Brazil. **Health Policy Plan**, Junho, 2011.

MENDONÇA, F. M. **Do planejamento à ação:** teoria e realidade da atividade gerencial nos serviços de Atenção Primária à Saúde - O caso de Ribeirão das Neves. [Mestrado]. Belo Horizonte: UFMG, 2010. 120 p.

MERHY, E. E; QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 9 (2): 177-184, abr/jun, 1993.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e coletivamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. 1ed. São Paulo - SP: Humanismo, 1994, v. 1, p. 117-161.

_____. **Crise do modo de se produzir saúde:** uma discussão do modelo assistencial e o trabalho médico no Brasil. Campinas, Agosto 1997.

MERHY, E. E. *et al.* **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano:** o debate no campo da saúde coletiva. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, M.C.S. (Org.). **Pesquisa Social:** Teoria, método e criatividade. 3.ed. Petrópolis: Editora Vozes,1994. 80 p.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo:Hucitec, 2004. 185 p.

NEVES D. *et al.* Atenção domiciliar: uma reflexão sobre a capacitação profissional na perspectiva das políticas voltadas para o idoso. **R. pesq.: cuid. fundam.** 2010. jul/set. 2(3):1165-1180.

OLIVEIRA, L. H. **Cidadãos peregrinos:** os usuários do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial: uma análise a partir de usuários do SUS no município de Juiz de Fora. Tese [doutorado] – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social. 2004. 219 f.

OLIVEIRA, L. H.; MATTOS, R. A.; SOUZA, A. I. S. Cidadãos peregrinos: os "usuários" do SUS e os significados de sua demanda a prontos-socorros e hospitais no contexto de um processo de reorientação do modelo assistencial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1929-1938, 2009.

OPAS. Organización Panamericana de la Salud “**Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas**” Washington, D.C.: OPS, 2010 (Serie: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas, n.4) ISBN: 978-92-75-33116-3.

_____. **Informe Dawson sobre el futuro de los servicios médicos y afines**, 1920. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1964. (Publicación Científica, nº 93).

PAIM, J.; TRAVASSOS, C.; ALMEIDA, C.; BAHIA, L.; MACINKO, J. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. **The Lancet**. London, p.11-31, maio. 2011. Disponível em: <http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor1.pdf>. Acesso em: 12 de novembro de 2011.

PARADELA, V. A. S. Judicialização da saúde. **R. Proc.-Geral Mun. Juiz de Fora – RPGMJF**, Belo Horizonte, ano 1, n. 1, p. 153-166, jan./dez. 2011.

PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S. A assistência domiciliar – conformando o modelo assistencial compondendo diferentes interesses/necessidades do setor saúde. **Rev Latino-am Enfermagem** 2005 nov-dez; 13(6):1001-10.

PINHEIRO, R.; MARTINS, P. H. (Orgs.). **Usuários, redes sociais, mediações e integralidade em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2011. p. 9-18. Série Saúde Coletiva, Instituições e Sociedade Civil.

PONTES, A. L. M. *et al.* Itinerários terapêuticos e estratégia de saúde da família: discursos sobre o processo saúde-doença e acesso aos serviços de saúde no trabalho da Agente Comunitário de Saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008. p. 235-254.

PONTES, A. P. M. *et al.* O princípio de universalidade do acesso aos serviços de saúde: o que pensam os usuários? **Esc Anna Nery Rev Enferm** 2009 jul-set; 13 (3): 500-07.

RABELLO, C. A. F. G.; RODRIGUES, P. H. de A. Saúde da família e cuidados paliativos infantis: ouvindo os familiares de crianças dependentes de tecnologia. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, Mar. 2010.

RANDOW, R. M. V. *et al.* Articulação com atenção primária à saúde na perspectiva de gerentes de unidade de pronto-atendimento. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. Temáti, p. 904-913, 2011.

RANDOW, R. M. V. **Práticas gerenciais em unidades de pronto atendimento no contexto de estruturação da rede de atenção à saúde de Belo Horizonte**. Dissertação [Mestrado]. Escola de Enfermagem. Universidade Federal de Minas Gerais. 2012.

RAUFFLET, E. Os gerentes e suas atividades cotidianas. In: *Gerencia em Ação: Singularidades e Dilemas do Trabalho Gerencial*. Org. DAVEL, E.; MELO, M. C. O. L. Rio de Janeiro, Editora FGV, p. 67-81, 2005. 340p. ISBN 852250524-1.

RESTA, D.G.; BUDÓ, M. L. D. A cultura e as formas de cuidar em família na visão de pacientes e cuidadores domiciliares. **Acta Scientiarum. Health Sciences**. Maringá, v. 26, no. 1, p. 53-60, 2004.

REHEM, T. C. M. S. B.; TRAD, L. A. B. Assistência domiciliar em saúde: subsídios para um projeto de atenção básica brasileira. **Ciência & Saúde Coletiva**, 10(sup):231-42, 2005.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. M. O programa de Saúde da Família segundo profissionais da saúde, gestores e usuários. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p.23-34, jan./fev. 2008.

SARAIVA, K.R.O. *et al.* O processo de viver do familiar cuidador na adesão do usuário hipertenso ao tratamento. **Texto Contexto Enferm**. 2007 jan-mar; 16(1): 63-70.

SENA, R. R. *et al.* **Atenção Domiciliar no Âmbito do SUS no Município de Belo Horizonte**. 2007. Disponível em: <http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/belo_horizonte.pdf>. Acesso em 10 mai. 2011.

SENA, R.R. *et al.* **Atenção domiciliar: cartografias de gestão e de cuidado**. 2010. Relatório de pesquisa - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.

SILVA, J.P.V.; PINHEIRO, R.; MACHADO, F.R.S. Necessidades, demanda e oferta: algumas contribuições sobre os sentidos, significados e valores na construção da integralidade na reforma do setor saúde. **Saúde em Debate**, v.27, n.65, p.234-42, 2003.

SILVA, R.V.G.O.; RAMOS, F.R.S. O trabalho de enfermagem na alta de crianças hospitalizadas: articulação da atenção hospitalar e básica. **Rev Gaúcha Enferm.**; Porto Alegre (RS) 2011 jun;32(2):309-15.

SILVA, K.L. *et al.* Serviços de atenção domiciliar na saúde suplementar e a inserção da enfermagem em Belo Horizonte/MG. **Acta Paul Enferm.** 2012;25(3):408-14.

SILVA, K. L. *et al.* Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. **Rev Saúde Pública** 2010;44(1):166-76.

SILVA, K. L. *et al.* Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. **Rev Saúde Pública** 2005;39(3):391-7.

SILVA, L. G.; ALVES, M. S. O acolhimento como ferramenta de práticas inclusivas de saúde. **Revista de APS**; Juiz de Fora, v. 11, n. 1, p. 74-84 jan./mar. 2008.

SILVA, V. M. N. *et al.* Trajetória assistencial em Pirai: uma prática avaliativa amistosa à integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/Abrasco, 2008. p. 225-234.

SILVA, S. F. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, Junho de 2011.

SILVA, L. M. V. Conceitos, abordagens e estratégias para avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA, L.M.V. (Orgs.). **Avaliação em saúde: dos modelos teóricos à prática na avaliação de programas e sistemas de saúde.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p.15-39.

SILVEIRA, R. *et al.* Desenhos organizadores da integralidade e práticas avaliativas na atenção básica em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008a. p. 75-104.

SILVEIRA, R. *et al.* Trajetórias assistenciais e itinerários terapêuticos como práticas avaliativas da integralidade em Rio Branco. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008b. p. 215-224.

SOARES, A.V.P.; ARAÚJO, S.F. **Processo de implantação e avanços do programa de internação domiciliar em Ipatinga: um relato de experiência.** 2008. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem) - Centro Universitário do Leste de Minas Gerais.

SOUZA, C. C. **Grau de concordância da classificação de risco de usuários atendidos em um pronto-socorro utilizando dois diferentes protocolos.** Dissertação [Mestrado]. Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais, 2009.

SOUZA, I. D. **Integralidade da assistência: narrativas de usuários egressos de uma Unidade de Terapia Intensiva no Sistema Único de Saúde.** Dissertação [mestrado]. NATES. UFJF. 2012.

SPINELLI, M. A. S. *et al.* As práticas avaliativas entre a racionalização do sistema e as demandas dos usuários: o caso do SUS Cuiabá. In: PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde.** Rio de Janeiro: IMS/ Abrasco, 2008. p.105-128.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia.** Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

TITTONI, J.; JACQUES, M. G. C. Pesquisa. In: JACQUES, M. G. C. *et al.* **Psicologia Social Contemporânea.** 5 ed. Petrópolis: Vozes. 2001, p. 73-85.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução a pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas. 1994. 175p.

TURATO, E. R. **Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas de saúde e humanas.** Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

TURCI, M. A. (Org.). **Avanços e desafios na organização da atenção de saúde em Belo Horizonte**. Belo Horizonte: Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte: HMP Comunicação, 2008. 432 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Integrated health services: what and why?** Geneva, World Health Organization, Technical Brief n 1, 2008. 8p. Acesso em 16 out. 2010. Disponível em: < www.who.int/healthsystems/service_delivery_techbrief1.pdf>. Acesso em 15 abr. 2011.

YIN RK. Estudo de caso. **Planejamento e métodos**. Tradução de Daniel Grassi. 3ed. Porto Alegre (RS): Bookman. 2005.



APÊNDICES

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de entrevista (Profissionais de saúde)

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS PROFISSIONAIS	
1. DADOS GERAIS	
Nº da entrevista:	Local de realização da entrevista:
Data: / /	Horário de início: Horário de término:
2. IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTES	
2.1 Código do Participante:	
2.2 Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	2.3 Idade: _____ anos
2.4 Estado Civil: <input type="checkbox"/> casada(o) <input type="checkbox"/> solteira(o) <input type="checkbox"/> separada(o) <input type="checkbox"/> viúva(o)	
3. IDENTIFICAÇÃO PROFISSIONAL	
3.1 Instituição na qual se graduou:	
3.2 Tempo de formada(o):	
3.3 Cursos de Pós Graduação: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Qual (is):	
3.4 Qualificação específica na área de atenção domiciliar: <input type="checkbox"/> Sim Não <input type="checkbox"/> Especificar:	
3.5 Jornada de trabalho diária - Formal:	Informal:
3.6 Tempo de serviço:	3.7 Número de empregos:
3.8 Cargos ocupados em outras instituições:	
ROTEIRO DE ENTREVISTA	
1. O que você entende por rede de atenção à saúde?	
2. Como se articula a rede de atenção à saúde no município de Ipatinga?	
3. Fale sobre o serviço de atenção domiciliar no contexto da rede de atenção de Ipatinga.	
4. Você considera que o serviço de atenção domiciliar está articulado com os demais níveis de atenção da rede? Fale sobre isso.	
5. Fale sobre as práticas adotadas pelos profissionais da atenção domiciliar que favorecem ou dificultam a articulação do serviço de atenção domiciliar com os demais pontos da rede de atenção à saúde.	
6. Que práticas poderiam ser incorporadas ao trabalho dos profissionais para facilitar/favorecer a articulação do serviço de atenção domiciliar com a rede de atenção?	
7. Fale sobre aspectos facilitadores na viabilização da articulação do serviço de atenção domiciliar com os demais níveis de atenção à saúde?	
8. Fale sobre a rede de atenção à saúde e suas repercussões na assistência.	
9. Você considera que sua formação acadêmica favoreceu a sua atuação profissional na perspectiva da rede de atenção à saúde? Fale sobre isso.	
10. Fale sobre as relações interpessoais entre os profissionais no contexto da rede.	

APÊNDICE B – Roteiro de entrevista para usuários e cuidadores da atenção domiciliar

INSTRUMENTO PARA IDENTIFICAÇÃO DO PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E PROFISSIONAL DOS USUÁRIOS E CUIDADORES		
1. DADOS GERAIS		
Nº da entrevista:	Local de realização da entrevista:	
Data: / /	Horário de início:	Horário de término:
2. IDENTIFICAÇÃO PARTICIPANTES		
2.1 Código do Participante:		
2.2 Sexo: <input type="checkbox"/> masculino <input type="checkbox"/> feminino	2.3 Idade: _____ anos	
2.4 Estado Civil: <input type="checkbox"/> casada(o) <input type="checkbox"/> solteira(o) <input type="checkbox"/> separada(o) <input type="checkbox"/> viúva(o)		
2.5 Escolaridade: <input type="checkbox"/> analfabeto <input type="checkbox"/> ensino fundamental <input type="checkbox"/> ensino médio <input type="checkbox"/> ensino superior - <input type="checkbox"/> completo <input type="checkbox"/> incompleto		
2.6 Profissão: _____.		
3. IDENTIFICAÇÃO DA NECESSIDADE DE SAÚDE DOS USUÁRIOS		
Data de admissão no serviço de AD: / / 20...		
Motivo da admissão:		
Diagnóstico Médico:		
Forma de entrada:		
Já havia sido atendido anteriormente neste serviço: <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
Possui plano de saúde? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim		
Gostaria de possuir plano de saúde? <input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim.		
ROTEIRO DE ENTREVISTA		
1. Fale sobre os serviços de saúde em Ipatinga.		
2. Como você utiliza os serviços de saúde?		
3. Em que situações você procura os serviços de saúde?		
4. Você recomenda os serviços de saúde para seus familiares ou conhecidos? Por quê?		
5. Como você passou a fazer parte do serviço de atenção domiciliar de Ipatinga?		
6. Que tipos de serviços são oferecidos pelo serviço de atenção domiciliar?		
7. Fale sobre o serviço de atenção domiciliar e sua relação com os outros serviços de saúde oferecidos em Ipatinga.		
8. Os serviços de saúde oferecidos pelo SUS estão relacionados com o serviço de atenção domiciliar de Ipatinga?		
9. Fale sobre o trabalho dos profissionais do serviço de atenção domiciliar.		
10. O que poderia ser feito para facilitar/favorecer a relação da atenção domiciliar com os outros serviços?		
11. Relate uma experiência marcante que você vivenciou (pessoalmente ou com algum familiar ou conhecido) no serviço de saúde de Ipatinga ou no serviço de atenção domiciliar de Ipatinga.		

APÊNDICE C

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (PROFISSIONAIS)

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR**”, de autoria da Professora Maria José Menezes Brito e da mestrandia Angélica Mônica Andrade. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo. O objetivo desta pesquisa é compreender a estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais e usuários da Atenção Domiciliar do município de Ipatinga, Minas Gerais. Sua participação consiste em responder as perguntas de uma ficha de identificação socioeconômica e perguntas relacionadas ao objetivo deste trabalho, por meio de uma entrevista que será gravada, com sua autorização. As informações fornecidas por você na gravação serão utilizadas exclusivamente para fins deste estudo e seu anonimato será garantido. O local, data e horário da realização da entrevista serão agendados antes de nossa conversa, de acordo com a sua disponibilidade. Você poderá deixar de participar do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho e em caso de dúvida poderá solicitar as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com o pesquisador. O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir a construção de conhecimento em relação ao objetivo do estudo. Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir o encerramento da entrevista, caso deseje. A participação neste estudo não requer nenhum custo para você e também não haverá nenhum pagamento. A divulgação dos resultados do estudo será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e dissertação de mestrado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador, e a outra será fornecida a você. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Dúvidas ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Consentimento: Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e em dissertação de mestrado. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ipatinga, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br.

Pesquisador(a): Profª Drª Maria José Menezes Brito. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br. **Pesquisador(a):** Angélica Mônica Andrade. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 88384214 / E-mail: angelicamonica.andrade@gmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (USUÁRIOS E CUIDADORES)

O Sr(a) está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “**ESTRUTURAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE NA PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS, USUÁRIOS E CUIDADORES DA ATENÇÃO DOMICILIAR**”, de autoria da Professora Maria José Menezes Brito e da mestranda Angélica Mônica Andrade. Este termo de consentimento tem como finalidade fornecer informações sobre este estudo. O objetivo desta pesquisa é compreender a estruturação da rede de atenção à saúde na perspectiva de profissionais e usuários da Atenção Domiciliar do município de Ipatinga, Minas Gerais. Sua participação consiste em responder as perguntas de uma ficha de identificação e perguntas relacionadas ao objetivo deste trabalho, por meio de uma entrevista que será realizada em seu domicílio, com horário e datas marcados antecipadamente. A entrevista será gravada, com sua autorização. Sua participação no estudo é voluntária e o Sr(a) pode negar a participar do mesmo, sem que isso acarrete qualquer efeito negativo à sua pessoa. O Sr(a) pode deixar de participar, em qualquer momento, se assim desejar, sem nenhum prejuízo pessoal ou relacionado ao trabalho e em caso de dúvida poderá solicitar as informações que desejar à pessoa que o entrevistar ou por telefone com o pesquisador. As informações fornecidas na gravação não serão identificadas pelo seu nome. O benefício da presente pesquisa está na possibilidade de permitir a construção de conhecimento em relação ao objetivo do estudo. Talvez você se sinta constrangido durante a entrevista e isto pode lhe gerar desconforto. Caso isto ocorra você pode pedir o encerramento da entrevista, caso deseje. A participação neste estudo não demanda nenhum custo para o(a) Sr(a) e também não haverá nenhum pagamento. O uso dos dados e informações é somente para a pesquisa e a divulgação dos seus resultados será feita através de artigos publicados em revistas, apresentações de trabalhos em Congressos e dissertação de mestrado. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador e a outra será fornecida a você. Qualquer dúvida quanto à realização da pesquisa poderá ser sanada em qualquer momento da mesma. Dúvidas ou outras informações em relação à pesquisa poderão ser esclarecidas em contato pelos telefones abaixo ou pessoalmente.

Consentimento: Eu, _____, fui informado(a) dos objetivos do presente estudo de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo como voluntário(a) sabendo que meu nome não será divulgado e que os resultados serão utilizados para publicação de artigos em revistas e em dissertação de mestrado. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Ipatinga, ____ de _____ de 2012.

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Assinatura do(a) participante

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar:

COEP- Comitê de Ética em Pesquisa – UFMG - Av. Antônio Carlos, 6627/ Unidade Administrativa II - 2º andar - Sala 2005/ Campus Pampulha, Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP: 31270-901. Fone: (31) 3409-4592 / E-mail: coep@prpq.ufmg.br

Pesquisador(a): Profª Drª Maria José Menezes Brito. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 3409-8046 / E-mail: brito@enf.ufmg.br

Pesquisador(a): Mestranda Angélica Mônica Andrade. Av. Alfredo Balena, 190/ Escola de Enfermagem da UFMG. 5º andar - Sala 514/ Campus Saúde Belo Horizonte, MG – Brasil/ CEP 30130-100 Fone: (31) 88384214 / E-mail: angelicamonica.andrade@gmail.com



ANEXOS

ANEXO A



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - COEP**


Projeto: CAAE – 04941012.0.0000.5149

**Interessado(a): Profa. Maria José Menezes Brito
Departamento de Enfermagem Básica
Escola de Enfermagem - UFMG**

DECISÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG – COEP aprovou, no dia 05 de setembro de 2012, o projeto de pesquisa intitulado **"Estruturação das redes de atenção à saúde na perspectiva de profissionais e usuários da atenção domiciliar"** bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O relatório final ou parcial deverá ser encaminhado ao COEP um ano após o início do projeto.


**Profa. Maria Teresa Marques Amaral
Coordenadora do COEP-UFMG**