

ESCOLA DE GOVERNO EM SAÚDE PÚBLICA DE PERNAMBUCO
RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE COLETIVA COM ÊNFASE EM
GESTÃO DE REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

Janaina Feitosa do Nascimento Monteiro

**Uma pesquisa e seus encontros: construção de intervenção em
uma rede municipal de saúde**

Caruaru

2018

Janaina Feitosa do Nascimento Monteiro

Uma pesquisa e seus encontros: construção de intervenção em uma rede municipal de saúde

Trabalho de Conclusão de Residência apresentado ao Programa de Residência em Saúde da Família com ênfase em Gestão de Redes de Atenção à Saúde da Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco como requisito para obtenção do título de Especialista em Saúde Coletiva.

Orientadora: Marina Ferreira de Medeiros Mendes

Coorientadora: Michelly Lima Vieira

Caruaru

2018

SUMÁRIO

Introdução.....	5
Percurso metodológico.....	6
Resultados e discussão.....	7
Considerações finais.....	17
Referências.....	17

Uma pesquisa e seus encontros: construção de intervenção em uma rede municipal de saúde

A research and its meetings: construction of intervention in a municipal health network

Janaina Feitosa do Nascimento Monteiro¹; Marina Ferreira de Medeiros Mendes²

Michelly Lima Vieira³

1. Escola de Saúde Pública de Pernambuco (ESPPE). Residência multiprofissional em Saúde Coletiva.

Endereço: Rua José Terto de Almeida, n° 106, Rendeiras, Caruaru-PE Telefone: (81)99903-9608.

E-mail: janainanascimento45@hotmail.com; 2. Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)/ Grupo de Estudo de Gestão e Avaliação em Saúde (GEAS). E-mail: marina.mendes@imip.org.br;

3. Instituição UNINASSAU Caruaru E-mail: michellylvieira@gmail.com.

Resumo

Descrever o processo de construção e implantação da intervenção “reuniões entre níveis de atenção” na rede de saúde do município de Caruaru, Pernambuco. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritivo, que utilizou técnicas de observação direta e análise de conteúdo de relatórios e documentos oficiais, realizado no período de junho de 2016 a agosto de 2017. A construção da intervenção foi norteada pela estratégia da pesquisa ação participativa, com envolvimento de profissionais da rede de saúde, gestores e pesquisadores. Durante o processo, foram realizadas reuniões mensais deliberativas para aprimorar e monitorar a proposta. A intervenção “reuniões entre níveis de atenção” contou com três componentes: Interconsulta remota entre níveis, construção e implantação da Linha de Cuidado em Diabetes e Discussão conjunta de casos em saúde mental, tendo como eixo transversal, a Educação em saúde. A experiência possibilitou análise coletiva de problemas e propostas de enfrentamento, a partir de olhares diversificadas, considerando experiências, nível de atuação e governabilidade. As mudanças no contexto repercutiram em ajustes no desenho da intervenção. As atividades realizadas possibilitaram melhorar conhecimentos e aproximação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção.

Palavras-chave: Assistência integral à saúde; Atenção primária em saúde; Comunicação em saúde; Integralidade; Encaminhamento e consulta.

Abstract

To describe the process of construction and implementation of the intervention "meetings between levels of attention" in the health network of the city of Caruaru, Pernambuco. It is a qualitative, descriptive study that used direct observations and analysis of content of reports and official documents, carried out from June 2016 to August 2017. The construction of the intervention was guided by the research strategy participatory action, with the involvement of professionals from the health network, managers and researchers. During the process, monthly deliberative meetings were held to improve and monitor the proposal. The intervention "meetings between levels of care" had three components: Remote interconsultation between levels, construction and implementation of the Diabetes Care Line and Joint discussion of mental health cases, with a cross-cutting axis, Health education. The experience made possible a collective analysis of problems and proposals of confrontation, from diverse perspectives, considering experiences, level of action and governance. Changes in the context had repercussions on adjustments in the intervention design. The activities carried out made it possible to improve knowledge and approximation among professionals of different levels of attention

KEYWORD: Comprehensive health care; Primary health care; Communication in health; Integrality; Referral and consultation.

Introdução

A fragmentação dos serviços de saúde constitui-se um desafio compartilhado por diversos países no mundo¹. No Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), apesar de inegáveis avanços, enfrenta entraves originados na herança de modelos de atenção segmentados. Ainda persistem problemas decorrentes da fragilidade no processo de articulação entre os níveis assistenciais, as instâncias gestoras do sistema e as condutas clínicas realizadas por diferentes profissionais². Tais questões apontam para a necessidade de estudos que possam desenvolver e avaliar estratégias efetivas e factíveis que auxiliem a tomada de decisão pelos gestores visando a resolução desses problemas³.

Considerando esse contexto, países como Canadá, Chile, Costa Rica, Cuba e Brasil, entre outros, têm apoiado o desenvolvimento de modelos de atenção em redes¹. A concepção de Redes Integradas de Serviços de Saúde (RISS) tem se apresentado como modo de ordenação eficaz para responder a alguns desafios estruturais e epidemiológicos dos sistemas de saúde, destacando-se no enfrentamento ao expressivo incremento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT). Em 2012, 74% das mortes no Brasil foram atribuídas às DCNT⁴.

No Brasil, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram formalizadas por meio da Portaria nº 4.279 em 2010 e pelo Decreto nº 7508, em 2011. Nesta forma de organização, a Atenção Básica (AB) é considerada ordenadora de fluxos, principal porta de entrada do sistema e coordenadora do cuidado⁵.

Um marco para organização da atenção foi a criação do Pacto pela Saúde, o qual apresentou as Linhas de Cuidado (LC) como um caminho para articular gestão e assistência⁶. A implementação das LC é estratégia central para a ordenação e a qualificação das redes. Para Marinho et al⁷, falhas na comunicação são consideradas problemáticas e podem resultar em impactos negativos na qualidade do atendimento. Para que a coordenação do cuidado alcance o nível almejado de atenção partilhada, faz-se necessário o compartilhamento e discussão de planos de cuidados entre níveis assistenciais.

Para melhorar a comunicação entre níveis assistenciais, a Educação Permanente (EP) constitui-se em uma estratégia fundamental para a atenção à saúde, estimulando a organização de ações e serviços numa perspectiva intersetorial⁸. Assim, a EP passa a ser um componente importante (eixo transversal) para implantação de uma intervenção que vise, por exemplo, melhoria da comunicação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção. Segundo Contandriopoulos et al (1997)⁹ a intervenção pode ser definida como um conjunto organizado

de meios, em determinado contexto e momento, para produzir ações que modifiquem uma situação problema.

Neste sentido, para originar a mudança pela educação, o problema em questão necessita ser discutido pelos atores envolvidos e serem reconhecidas suas necessidades e potencial criativo-transformador. A pesquisa-ação faz uso de tais pressupostos, sendo empregada para produção de conhecimento e de tecnologia de cuidado, assim como de capacitação e desenvolvimento profissional¹⁰.

A pesquisa-ação, modalidade de investigação qualitativa, consiste essencialmente em integrar pesquisa e ação em um único processo, no qual os atores implicados participam, junto com os pesquisadores, para chegarem interativamente a elucidar a realidade em que estão inseridos, identificando problemas coletivos, propondo e experimentando soluções em situação real^{11,12}.

Considerando o pouco conhecimento dos profissionais sobre a dinâmica de organização e fluxos da rede de saúde de Caruaru, entre a Atenção Básica e Atenção Especializada e a frágil comunicação e interação entre os mesmos, o produto desta pesquisa pode vir a contribuir para capacitação de profissionais e mudanças no processo de trabalho dos mesmos, podendo a experiência servir de referência para outros municípios e regionais de saúde. Sob essa ótica, o artigo ganhará particular relevância, pois apresentará utilidade para os pesquisadores e para a sociedade. O presente estudo tem como objetivo descrever o processo de construção e implantação da intervenção “reuniões entre níveis de atenção” na rede de saúde do município de Caruaru, Pernambuco.

Percurso metodológico

O estudo é um recorte da segunda fase de uma pesquisa multicêntrica denominada “*Impacto de estratégias de integração da atenção no desempenho das redes de serviços de saúde em diferentes sistemas de saúde da América Latina - Equity-LA II*”. A pesquisa Equity LA II apresenta quatro fases: (I) estudo de linha de base, (II) desenho e implementação de intervenções para melhorar a coordenação e qualidade da atenção, (III) avaliação das intervenções, (IV) análise comparativo transnacional, sendo iniciada em 2013 com previsão de término para 2018. A coordenação geral está sob responsabilidade do Consórcio de Saúde da Catalunha-Espanha. Participam seis países latino-americanos – Brasil, Colômbia, Chile, México, Argentina e Uruguai. No Brasil, a pesquisa está sendo desenvolvida em dois municípios do estado de Pernambuco: Caruaru (Rede de Intervenção) e Recife (Distritos

Sanitários III e VII- Rede Controle)¹³. A rede de saúde de Caruaru foi selecionada porque a gestão apresentou interesse e comprometimento para implantação da intervenção no município.

O estudo trata-se de uma abordagem qualitativa, descritiva, definida por Minayo (2002)¹⁴ como pesquisa que responde a questionamentos bem particulares e se importa com um nível de realidade que não pode ser quantificado. As técnicas utilizadas foram a observação direta, com registros em diário de campo e análise de conteúdo. A fonte de dados foram documentos oficiais da pesquisa referentes aos relatórios das reuniões do Comitê executor local (CCL) e relatórios de monitoramento da intervenção, visando conhecer o processo de construção e desenvolvimento da intervenção. As categorias de análise estão relacionadas a: composição e papel do CCL; a formação da plataforma de profissionais (PP); etapas na elaboração da intervenção (componentes e subcomponentes), mudanças no desenho do estudo e processo fatores que influenciaram (facilitadores e dificultadores). A construção da intervenção foi realizada no período de fevereiro a agosto de 2016, com reuniões quinzenais. Em setembro foi consolidado o documento com as diretrizes. A fase I da implantação ocorreu de outubro de 2016 a agosto de 2017. A coleta de dados do estudo ocorreu entre julho de 2016 a agosto de 2017.

O estudo foi desenvolvido no município de Caruaru, com área territorial de 920,611, 351.686 habitantes e um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal- IDHM de 0,677¹⁵. O município é sede da IV Gerência Regional de Saúde do Estado de Pernambuco, localizado na região Nordeste do Brasil.

A rede de saúde do município possui 71 unidades com a Estratégia Saúde da Família (ESF) implantadas, sendo 18 na zona rural e 53 na zona urbana, estimando-se uma cobertura populacional de 67,69%. A atenção Especializada conta com 30 unidades, distribuídas entre ambulatoriais, Unidades de Pronto Atendimento municipais (UPAS) e Centros de Apoio Psicossociais (CAPS)¹⁶.

No Brasil a pesquisa Equity foi aprovada pelo comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira – IMIP, número do projeto 3967, em 23 de janeiro de 2014. Em Barcelona, a pesquisa foi aprovada pelo Comitê Ético de Investigación Clínica Parc de Salut MAR com numeração 2013/5048/I, em 13 de março de 2013.

Resultados e discussão

A construção da intervenção foi organizada a partir das seguintes etapas: identificação dos problemas, seleção e priorização dos problemas; propostas de intervenção, definição de eixos prioritários e sugestão de ações; construção do desenho da intervenção; e implantação da intervenção.

O processo foi conduzido utilizando a estratégia da Pesquisa Ação Participativa (PAP), metodologia que apresenta um encadeamento contínuo de ação e investigação, com um ciclo de planejamento para melhoria da prática onde são identificados os principais problemas, definida a intervenção e realizadas ações para implantar a mudança planejada, o monitoramento e avaliação dos resultados¹⁷.

Construção da intervenção

Considerando a necessidade de reduzir as barreiras e oferecer uma atenção mais oportuna e integrada, para a escolha dos problemas, foi dada ênfase às relacionadas à articulação entre níveis, considerando os resultados do estudo linha de base (inquérito e estudo qualitativo) e as experiências mencionadas pelos profissionais participantes. O processo participativo da pesquisa ação auxilia na capacitação individual e coletiva, formação de consensos e tomada de decisões compartilhadas pelos participantes¹⁸.

Participaram do processo de seleção dos problemas médicos da AB e da AE, profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), representantes do Conselho Municipal de Saúde (CMS) e membros do CCL. Um dos objetivos da pesquisa ação participativa consiste em apoiar a população envolvida a identificar problemas coletivos, analisá-los criticamente e buscar soluções.

O CCL constituiu-se em uma instância com poder de decisão, composta por profissionais da gestão, assistência, representante do CMS e membros da Equipe Equity-LA II. Esse comitê era responsável pelo processo de desenho e implantação da intervenção, tendo como atribuições o acompanhamento, dinamização e liderança do projeto nos locais em que desempenham suas atividades. Também foi construído uma Plataforma de Profissionais (PP), grupo composto por profissionais da rede que aceitaram participar do planejamento e construção da intervenção.

Tesser e Poli Neto (2017)¹⁹, afirmam que a atuação dos especialistas só agrega valor para as pessoas quando eles se conhecem pessoalmente e trabalham conjuntamente com os

generalistas. Diversas reuniões do CCL foram momentos oportunos para os profissionais de diferentes níveis se conhecerem e compartilharem experiências, ascendendo o diálogo e deliberações, repercutindo de forma a melhorar os serviços ofertados à população. Para que a coordenação do cuidado adquirira o nível almejado de atenção partilhada, faz-se necessário momentos de reflexões coletiva, onde ocorra compartilhamento de planos de cuidados entre a AB e a AE⁵.

Pesquisas socialmente engajadas promovem o fortalecimento e a participação da comunidade, de profissionais de saúde e gestores, num movimento de produzir ciência na prática da vida comunitária, fortalecendo o modelo de atenção à saúde²⁰.

Considerando a importância do CCL para o desenvolvimento da pesquisa, houve a necessidade de sua capacitação continuada e da estabilidade dos seus membros, devido ao caráter deliberativo do comitê e seu papel-chave para implementação, monitoramento e avaliação da intervenção. Os membros do CCL receberam capacitações em relação aos assuntos inerentes à intervenção, como: conceitos, objetivos e operacionalização da PAP, etapas de uma intervenção, papel dos participantes, critérios para escolha de problemas e da intervenção e utilização de técnicas de consenso em atividades deliberativas.

Andrade et al. (2016)²¹ recomendam a concepção de ambientes coletivos com a intenção de induzir os trabalhadores da saúde à reflexão e avaliação de seus atos executados no dia-a-dia, utilizando-se de metodologias ativas de aprendizagem na procura pela modificação das práticas de saúde e de educação.

Os problemas elencados pelos participantes foram analisados e hierarquizados, tendo como referência os critérios de factibilidade técnica, impacto em curto prazo, sustentabilidade em longo prazo e visibilidade política. Para cada um desses critérios os participantes atribuíram uma pontuação que foi de zero (não factível) a cinco (muito relevante)²². Segue abaixo, os principais problemas apontados pelos profissionais:

Quadro 1. Problemas priorizados pelos profissionais da rede de Caruaru

1.	Falta de acordo dos critérios de Referência e Contrarreferência
2.	Baixa frequência de reuniões conjuntas e discussão de casos clínicos
3.	Comunicação falha, ineficaz, ineficiente (na maioria das vezes por canais informais de transferência da informação)
4.	Encaminhamentos desnecessários da AB para AE
5.	Desvalorização/falta de confiança na AB por parte dos médicos da AE

6.	Indefinição do responsável clínico
7.	Entraves no sistema informatizado (principalmente na zona rural)

Fonte: Relatório da Pesquisa Equity, dezembro de 2016 (IMIP, 2016)²³.

Os resultados acima corroboraram com a pesquisas realizada por Aleluia et al. (2017)²⁴ que apontou, fragilidade nos mecanismos de referência e contrarreferência, desqualificação do trabalho do generalista e dificuldades para registro de dados clínicos, acarretando em barreiras de acesso aos serviços especializados. Nesse caso, apesar de se atribuir à AB a função de coordenadora do cuidado na rede de atenção, ainda representa um desafio para as equipes.

Os problemas mencionados anteriormente podem ser originados da precária coordenação da assistência, um dos fundamentais empecilhos a serem ultrapassados para conseguir os princípios e diretrizes do SUS. Giovanella e Mendonça (2008)²⁵ conceituam coordenação como a habilidade de cobrir a atenção continuada no interior da rede de serviços, pela equipe de AB, e estão associadas as tecnologias de gestão clínica, mecanismos apropriados de comunicação entre os profissionais e registro adequado de informações

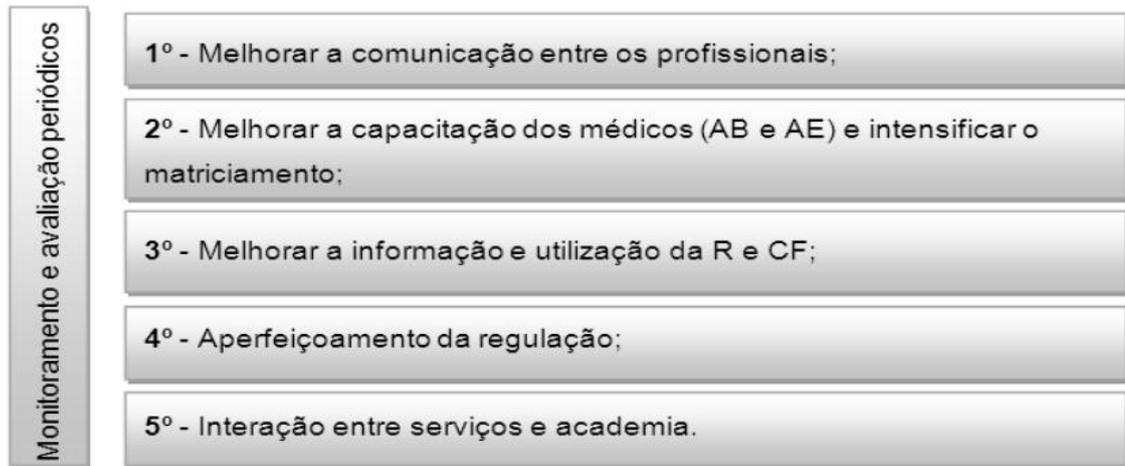
Utilizando-se de discussões colaborativas, dinâmicas e atividades coletivas foram propostas e selecionadas possíveis intervenções, que poderiam atuar sobre os problemas identificados na etapa anterior. Segundo Mendes e Pezzato (2016)²⁶, pesquisas que aplicam intervenção possibilitam a ascensão de espaços de problematização em conjunto e potencializam a produção de um novo pensar, acarretando em transformações de ações, a partir de planejamentos traçados.

Nas reflexões para definição das intervenções foi dado ênfase à análise da governabilidade dos atores, destacando a importância de se considerar a complexidade do contexto (macro e micro) no processo de construção e implantação de intervenções. Neste sentido é fundamental entender a influência do contexto nacional vivenciado e sua repercussão no cenário local. O Brasil estava passando por um período conturbado, com uma grave crise política e econômica, com repercussão direta nas políticas sociais e de saúde.

Considerando critérios como a factibilidade técnica, impacto da intervenção em curto prazo, sustentabilidade em longo prazo e viabilidade política para construção de estratégias, os presentes na reunião votaram nas intervenções que mais atendiam os critérios estabelecidos e posteriormente agruparam segundo eixo (bloco) de intervenção. Os blocos de possíveis intervenções foram hierarquizados consensualmente considerando, além dos critérios da

pesquisa, sua viabilidade de execução e importância para a melhoria da coordenação assistencial, segundo os profissionais presentes. (Figura 1).

Figura 1 – Hierarquização dos principais eixos das intervenções selecionadas. Caruaru, 2016.



Fonte: Relatório da pesquisa Equity LA, dezembro de 2016²³.

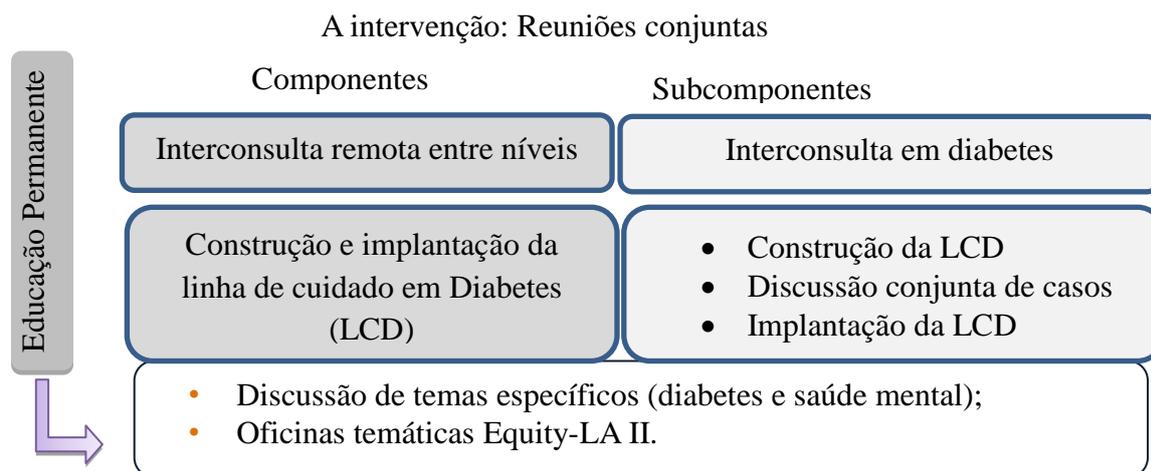
Shimizu (2013)²⁷ afirma que a falta de integração entre os atores das redes de atenção é considerada como um obstáculo para a articulação da atenção e mecanismos de cooperação e coordenação adequados precisam ser estabelecidos para responder às necessidades de saúde da população brasileira.

Os principais eixos das intervenções selecionadas também corroboram com os problemas descritos na pesquisa de Tesser e Poli Neto (2017)¹⁹, que apontam como um dos grandes problemas do SUS a estruturação insuficiente e heterogênea da rede de cuidados especializados. Onde serviços especializados habitualmente organizam-se em ambulatórios no qual os especialistas recebem pacientes por meio de encaminhamentos ou referência, sem conhecer os profissionais que encaminharam e sem acesso aos prontuários com registros dos cuidados previamente realizados. Quase sempre esse trabalho é distante da AB, os especialistas tendem a criar um vínculo assistencial solitário, há frequentemente retenção desnecessária de pacientes e geração de filas para especialistas, dificultando o vínculo com a AB e a coordenação do cuidado.

Visando promover a integração assistencial da rede de Caruaru, foi criado um desenho de intervenção que envolve mecanismos de articulação que visam minimizar as barreiras entre níveis, facilitar a transferência de informações, a troca de conhecimentos e a melhoria na comunicação dos profissionais. A intervenção “Reuniões conjuntas entre níveis assistenciais” constituiu-se inicialmente, de dois componentes: a Interconsulta remota entre níveis e a

construção e implantação da Linha de Cuidado em Diabetes (LCD), tendo como eixo transversal, a Educação Permanente que contribui na discussão de temas específicos e oficinas temáticas da pesquisa Equity-LA II. Os subcomponentes escolhidos foram: Interconsultas em diabetes, construção e implantação da linha de cuidado de diabetes e discussão conjunta de casos clínicos²³. Segue abaixo o desenho inicial do estudo:

Figura 2 – Descrição do desenho da intervenção: Reuniões Conjuntas. Caruaru, 2016.



Fonte: Relatório de pesquisa Equity LA, dezembro 2016²³.

Esse desenho de intervenção também visa promover canais de comunicação formais que sejam adequados às necessidades dos profissionais, reduzindo o número de encaminhamentos desnecessários e melhorando a adequação clínica dos encaminhamentos para atenção especializada. Além de contribuir para o estabelecimento de um fluxo de atenção coerente e oportuno para garantir a continuidade e integralidade do cuidado aos pacientes na rede de atenção à saúde.

Quadro 2: Descrição dos componentes e subcomponentes da intervenção.

Componentes	Subcomponentes
Interconsulta remota entre níveis:	Interconsulta em diabetes: modalidade remota (por e-mail), onde os médicos da AB têm a possibilidade de tirar dúvidas sobre a atenção aos pacientes. O objetivo é aumentar a resolubilidade da AB, diminuir encaminhamentos desnecessários, aumentar a confiança e melhorar a comunicação entre níveis assistenciais.
Construção e implantação	Discussão conjunta de casos clínicos: sessões realizadas entre especialistas e médicos da AB, principalmente casos relacionados à Diabetes.

da linha de cuidado em Diabetes (LCD)	Construção da LCD: Estratégia para organizar a atenção à Diabetes, orientando os caminhos preferenciais que os usuários devem percorrer e as condutas adequadas para melhorar o acompanhamento dos pacientes.
	Implantação da LCD: organização e desenvolvimento de atividades na rede de saúde com a colaboração dos profissionais.
Educação Permanente como eixo transversal	Construção, em reuniões conjuntas, para o conhecimento dos profissionais ,tendo como base a realidade vivenciada nos serviços de saúde.
	Oficinas temáticas Equity LA-II: Espaços para a discussão de temas associados à construção e ao desenvolvimento contínuo da intervenção.

Fonte: Relatório da pesquisa Equity LA, dezembro de 2016²³.

Terraza Núñez et al. (2006)²⁸ defendem que para coordenar processos complexos nos quais intervêm diferentes serviços e profissionais, com volume de informação processada elevado, os melhores arranjos institucionais de coordenação do cuidado são os que se baseiam na adaptação mútua e no contato pessoal direto. Tais arranjos viabilizam comunicação ágil (telefone, correio eletrônico, reuniões informais), grupos de trabalho interdisciplinar (discussões de casos, regulação negociada), profissionais, situações e mecanismos de enlace entre os profissionais dos diversos serviços e níveis assistenciais, estruturas matriciais, entre outros.

Segundo Oliveira e Merhy (2003)²⁹ a concepção da Linha de Cuidado parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado, com início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, diminuindo as dificuldades de acesso e integrando os serviços de saúde.

Modificações no desenho do estudo

Na fase de implantação da intervenção, sentiu-se a necessidade de mudanças no desenho do estudo. Estas foram levadas ao CCL ampliado, onde foi sugerido alterar o nome do subcomponente para “Interconsultas em endocrinopatias” e não apenas em diabetes, pois assim o endocrinologista poderia responder perguntas sobre outras patologias relacionadas ao sistema endócrino, otimizando nessa situação, o trabalho do especialista.

Contudo, a mudança não obteve o resultado esperado. Nas discussões do CCL, foi levantada a hipótese, que a pequena quantidade de pacientes na fila de espera, poderia estar associado a efetividade da implantação da LCD, resultando na diminuição do número de encaminhamentos desnecessários para o especialista. No entanto, essa redução não estava associada a utilização da Interconsulta em Endocrinopatia (IE), pois os resultados do monitoramento apontaram para a não utilização do recurso e desconhecimento da ferramenta pelos profissionais. Outra possível causa para a não utilização da IE, demonstrada no monitoramento foi o uso do aplicativo *WhatsApp* entre os profissionais para esclarecimento de dúvidas.

Em contrapartida analisou-se a fila de espera para psiquiatria (cerca de dois mil pacientes). Os profissionais presentes na reunião do CCL descreveram que a oferta de vagas só conseguia atender as demandas de pacientes prioritários (crianças, idosos e quadro clínico), esses aguardavam cerca de dois meses para conseguir atendimento. Os não prioritários chegavam a aguardar um ano na fila.

No processo de implementação da rede de Saúde Mental (SM) no município de Caruaru, um levantamento realizado pela regulação assistencial e coordenação de SM, identificou a centralização da assistência à pessoas com sofrimento ou transtorno mental nos ambulatorios de SM adulto e infanto-juvenil, bem como pouco manejo desses pacientes pelas equipes de AB. Destaca-se ainda, o quantitativo elevado de medicações psicotrópicas dispensadas pela central de assistência farmacêutica, ultrapassando quaisquer medicações clínicas³⁰.

Cerca de 95% da fila de espera são solicitações de retorno para especialista. Disto, pode-se concluir que há uma centralização da assistência no ambulatório e a possível falha na contrarreferência do usuário para AB. Os retornos eram solicitados indistintamente, sem considerar a possibilidade do usuário ser assistido pela AB em casos de transtornos mentais comuns. Todavia, a perspectiva da rede de atenção psicossocial visa superar a fragmentação, garantindo ações em saúde mental de forma integrada, articulada e efetiva nos diversos pontos de atenção à saúde. Nessa lógica, a AB deve ser a ordenadora do cuidado e contar com os outros dispositivos para assistir a demanda, de acordo com a evolução (clínica, epidemiológica e social) de cada usuário, nos diferentes níveis assistenciais³⁰. Em virtude disso, o CCL sugeriu expandir as interconsultas para psiquiatria.

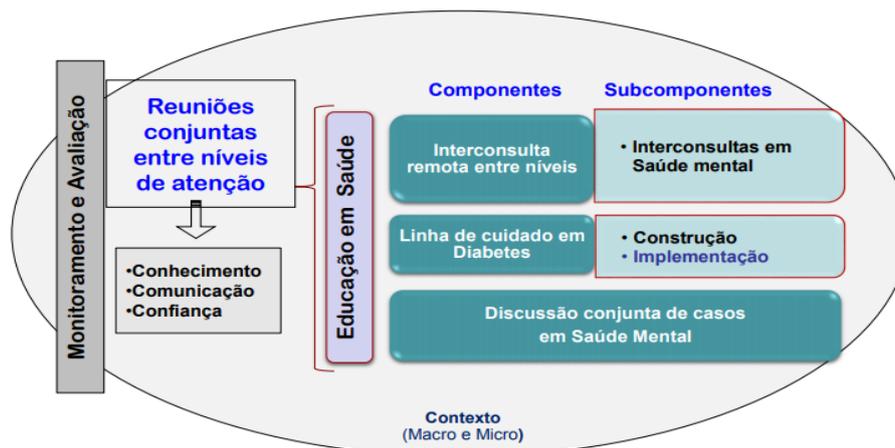
A discussão conjunta de casos relacionados à diabetes foi substituída por SM e incorporada como um componente devido a sua importância para o município. As Oficinas Temáticas do Equity-LA II deixaram de compor o desenho da intervenção, pois, após reflexão

realizada junto à coordenação geral da pesquisa, se definiu que as reuniões do CCL não compõem propriamente a intervenção.

Para execução do componente discussão conjunta de casos em SM, foram planejadas reuniões de matriciamento, com visita dos especialistas às USF. O fluxo estabelecido foi o seguinte: os médicos da AB devem enviar previamente o caso, via instrumento da interconsulta em SM, para que o psiquiatra analise com antecedência a situação do caso clínico para, em seguida, agendar a discussão presencial. Sobre as reuniões de matriciamento realizadas (estudo piloto), experimentadas em 4 UBS, os profissionais relataram que foi muito rico, dinâmico, que aproximou a AB com a AE e que a presença do psiquiatra, psicólogo, agente comunitário de saúde, do médico da AB e dos residentes auxiliaram na elaboração de um tratamento integral aos pacientes alvos da discussão.

Em relação ao eixo transversal, os membros do CCL consideraram mais adequado utilizar o termo “Educação em Saúde” por considerarem mais abrangente e, também motivado pela mudança ocorrida na Secretaria Municipal de Saúde que passou a contar com uma nova gerência - Gestão do trabalho e Educação em Saúde – na qual está inserida a coordenação do Núcleo de Educação em Saúde (NES). A seguir, o desenho atualizado da intervenção (Figura 3):

Figura 3 – Desenho da intervenção: Reuniões entre níveis de atenção. Caruaru, agosto de 2017.



Fonte: III Relatório da pesquisa Equity LA, 2017³¹.

Fatores que dificultaram e facilitaram o processo

Um ponto importante para entender o desenvolvimento de uma intervenção é conhecer a dinâmica do contexto³². No Brasil, o ano de 2016 foi marcado por mudanças importantes nas áreas política, econômica e social do país. Foram realizadas eleições municipais, impedimento presidencial, agravamento da recessão econômica, acarretando numa nova configuração e desafios para os municípios.

Em janeiro de 2017 toma posse a prefeita eleita e, com ela, uma nova equipe de profissionais assume as secretarias. Diante da mudança política ocorrida, alguns profissionais da gestão anterior que faziam parte do CCL, a partir de acordos com a nova gestão, mudaram de cargos e funções, para priorizar sua permanência na secretaria e manutenção dos vínculos empregatícios. Nesse cenário de transição, a pesquisa Equity passou a ocupar um papel secundário e as consequências foram: ausência de quórum e esvaziamento nas reuniões do CCL, descumprimento de metas e tarefas acordadas em reuniões anteriores, apatia e desmotivação em relação à tomada de decisões necessárias para viabilizar o alcance dos objetivos e as melhorias propostas.

Segundo Medeiros et al. (2017)³³ o sistema de saúde no Brasil, apresenta como fragilidade a instabilidade e a nomeação política dos cargos de responsabilidade na gestão em saúde, diferentemente de países mais avançados da Europa, como, Reino Unido e Itália, cuja gestão e níveis gerenciais têm caráter apartidário, técnico e estável.

A não representatividade dos médicos da AB e AE nas reuniões do CCL, foi um empecilho, pois a presença dos mesmos permitia a deliberação de acordos, devido ao caráter representativo no CCL. A gestão justificava que era falta de interesse dos médicos. A pouca ou ausência participação de médicos nessas reuniões, assemelha-se a relato da literatura que ratificam a baixa participação desses trabalhadores nas ações educativas, muitas vezes devido à falta de pessoal, o que impede os profissionais de saírem de suas unidades para realizar essas capacitações³⁴. Porém, essa situação não ocorreu na secretária de saúde de Caruaru, que liberava os profissionais participantes da pesquisa para reuniões.

Como estratégias para superar dificuldades provenientes, do esvaziamento do CCL, descumprimento de metas e tarefas acordadas, apatia e desmotivação em relação à tomada de decisões, a equipe técnica da pesquisa Equity passou a intensificar os contatos com a gestão, e com os profissionais da rede, convidando-os à participação junto ao CCL. A equipe passou a realizar uma maior divulgação das interconsultas e daLCD, além de promover visitas de monitoramento às USF com foco nos dois componentes da intervenção: LCD e Interconsultas em Endocrinopatias.

A decisão pelo Monitoramento *in loco* realizados na USF se deu principalmente pela necessidade de alimentar os indicadores, mas também foi útil para divulgação das Interconsultas e LCD entre os profissionais. As visitas às unidades facilitaram a comunicação e divulgação sobre a pesquisa. Oportunizando esses contatos, as pesquisadoras faziam o convite aos profissionais para as reuniões do CCL ampliado.

Garcia (2001)³⁵ destaca a importância do monitoramento (organizado e contínuo), para obtenção de informações concisas, em tempo oportuno, que permitam rápida avaliação da situação. Esta atividade é fundamental para acompanhar o desenvolvimento de um programa e permitir ajustes para um bom desempenho operacional.

Considerações finais

No município de Caruaru foi construída uma intervenção conduzida pelos princípios da pesquisa ação participativa: “Reuniões entre níveis de atenção”. O desenvolvimento dessa intervenção visou contribuir para resolução dos principais problemas locais, promover a integralidade, melhorar a coordenação e a qualidade da atenção na rede de saúde. A construção da intervenção contou com o envolvimento de profissionais, gestores e pesquisadores, o que possibilitou uma análise coletiva de problemas e propostas de enfrentamento a partir de olhares diversificados, considerando as experiências, nível de atuação e governabilidade.

Contudo, mudanças no contexto repercutiram, comprometendo a execução, implicando na revisão de prioridades e na tomada de decisão pelo atores em modificações no desenho da intervenção. A pesquisa passou por momentos de dificuldades, proveniente do contexto de crise econômica e política nacional, com repercussão municipal. No entanto, com o esforço da equipe, somados ao apoio da gestão local, foi possível superar as adversidades, dando sequencia as atividades. A experiência possibilitou compartilhar novos conhecimentos e a aproximação entre os profissionais de diferentes níveis de atenção.

Referências

1. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPAS/OMS). Serie La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Redes integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de

- Ruta para su Implementación en las Américas. (OPAS / OMS) n° 4 Washington, 28 de maio, 2010.
2. Rover MRM; Vargas-Pelaez CM; Farias MR. et al Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2016. v. 26, n. 2, p. 691-711.
 3. Calderon CA, Botero JC, Bolanos JO. et al. The Colombian healthcare system: 20 years of achievements and problems. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2011. 16(6): 2817-28.
 4. World Health Organization (WHO). Global status report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
 5. Ministério da Saúde (Brasil), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas redes de atenção à saúde e nas linhas de cuidado prioritárias. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
 6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. *Diário Oficial da União*. Brasília, 22 de fevereiro de 2006.
 7. Marinho CCC. O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública*. Bahia. 2011. v.35, n.3, p.619-633.
 8. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 278, De 27 de fevereiro de 2014. Institui diretrizes para implementação da Política de Educação Permanente em Saúde, no âmbito do Ministério da Saúde (MS). *Diário Oficial da União*. Brasília, 27 de fevereiro de 2014.
 9. Contandriopoulos AP.; Champagne F; Denis JL; Pineault. RA. Avaliação na área da saúde: conceitos e métodos. In: Hartz ZMA organizadora. *Avaliação em Saúde: dos modelos conceituais a prática na análise da implantação de programas*. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), 1997: 29-48.
 10. Marcolino TQ; Reali AMR.; Crônica do grupo: ferramenta para análise colaborativa e melhoria da reflexão na pesquisa-ação. *Interface*. Botucatu. 2016. v. 20, n 56, p. 65-76.
 11. Oliveira E, Soares CB, Batista LL. Representações cotidianas de jovens sobre a periferia. *Rev. Bras. Enferm.* Brasília. 2016. v. 69, n. 6, p. 1147-1153.
 12. Thiollent M. *Metodologia da pesquisa-Ação*. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

13. Vázquez ML, Vargas I, Unger JP, De Paepe P, Mogollón-Pérez AS, Samico I, et al. Evaluating the effectiveness of care integration strategies in different health care systems in Latin America: the EQUITY-LA II quasi-experimental study protocol. *BMJ Open*. 2015; 5 (7): e007037.
14. Minayo MCS, Deslandes S F, Cruz Neto O, Gomes, R. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. Editora Vozes, 21ª Edição, coleção Temas Sociais. 2002.
15. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE). *Cidades*, 2016. Disponível em: <<http://cod.ibge.gov.br/3EI>. Acesso em: 25 mar 2017.
16. Ministério da Saúde (Brasil), Prefeitura Municipal de Caruaru, Secretária de Saúde de Caruaru. *Unidades de Saúde Cadastradas no Município de Caruaru-PE. Rede de Saúde de Caruaru*. [Internet] 2016. Disponível em: <<https://www.google.com/maps/d/viewer?hl=pt-BR&mid=13nIPz0L7YKVhGqPuDoXb5KjxNtc&ll=-8.270035300000012%2C-35.989765900000066&z=11>>. Acesso em: 30 mar 2017.
17. Tripp D. *Action research: a methodological introduction*. Educação e Pesquisa, 2005. v.31, n. 3, p. 443-466.
18. Rifkin SB. A framework linking Community Empowerment and Health Equity: it is a matter of CHOICE. *Journal of Health, Population and Nutrition*, 2003; 21(3):168-180.
19. Tesser, CD; Poli Neto, P. Atenção especializada ambulatorial no Sistema Único de Saúde: para superar um vazio. *Ciências & Saúde Coletiva*. 2017. 22(3): 941-951.
20. Pessoa VM, Rigotto RM, Arrusa CAM et al. Action research: methodological proposal for action planning in primary care services in the context of environmental health and occupational health. *Interface*. Botucatu. 2013. v.17, n.45, p.301-14.
21. Andrade RS, Caldas LBSN, Falcão MLP. et al *Processo de trabalho em unidade de saúde da família e a educação permanente*. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro. 2016 maio/ago; 14 (20), p. 505-521.
22. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira(IMIP). *Relatório da Pesquisa Equity LA II- Brasil. Grupo de estudos de gestão e avaliação em saúde- GEAS/IMIP*. Recife, 2016. 37p.
23. Teixeira CF.; Vilasbôas ALQ, Jesus WLA. Proposta metodológica para o planejamento em saúde no Sistema Único de Saúde. In: TEIXEIRA, C. F. (Org.). *Planejamento em saúde: conceitos, métodos e experiências*. Salvador: EDUFBA, 2010. p. 51-75

24. Aleluia IRS, Medina MG, Almeida PF, et al. Coordenação do cuidado na atenção primária à saúde: estudo avaliativo em município sede de macrorregião do nordeste brasileiro. *Ciência & Saúde Coletiva*. [Bahia] 2017; v. 22, n. 6: 1845-1856.
25. Giovanella L; Mendonça MHM. Atenção primária à saúde. In: Giovanella L, Escorel S, Lobato LVC, Noronha JC, Carvalho AL. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2008. p.493-625.
26. Mendes R.; Pezzato LM; Sacardo DP. Pesquisa-intervenção em promoção da saúde: desafios metodológicos de pesquisar “com”. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro. 2016. v. 21, n. 6, p. 1737-1746.
27. Shimizu, H. E. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*. 2013; 23 (4): 1101-1122.
28. Terraza Nunes R, Vargas Lorenzo I, Vázquez, Navarrete ML. La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *GacSanit*. 2006; 20(6): 485-95.
29. Oliveira C, Merhy E. A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar. *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 2003 v. 1, p. 197-210.
30. Ministério da Saúde (Brasil), Secretária de Saúde de Caruaru, Planejamento e Gestão em Saúde Especializada da Secretaria Municipal de Saúde, Planejamento e Gestão da Atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde Olho no olho: o cuidado às pessoas com transtorno mental em Caruaru. Projeto de intervenção com consultoria do Projeto PoliSUS. Caruaru: 2017.
31. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira(IMIP). Relatório da Pesquisa Equity LA II- Brasil. Avanços no processo de intervenção. III Relatório. Fevereiro a outubro de 2017. Grupo de estudos de gestão e avaliação em saúde- GEAS/IMIP. Recife, 2017. 37p.
32. Hartz ZMA, Contandriopoulos AP. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um “sistema sem muros”. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20 (2): 331-336.
33. Medeiros CRG. Saldanha OMFL, Grave MTQ. et al Planejamento regional integrado: a governança em região de pequenos municípios. *Saúde e Sociedade*. 2017, v. 26, n. 1. pp.129-140.

34. D'ávila LS, Assis LN, Melo B. et al. Adesão ao Programa de Educação Permanente para médicos de família de um Estado da Região Sudeste do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 2014. 19(2):401-416.
35. Garcia RC. Subsídio para Organizar Avaliações da Ação Governamental. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA); 2001.