



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO –
UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM –
MESTRADO

REGINA CAVALCANTE AGONIGI

**O CUIDADO PRODUZIDO PELAS EQUIPES DA ESTRATÉGIA DE
SAÚDE DA FAMÍLIA NO TERRITÓRIO DA ROCINHA/RJ: UM OLHAR
AMPLIADO**

Rio de Janeiro
2017

Regina Cavalcante Agonigi

**O cuidado produzido pelas equipes da estratégia de saúde da
família no território da Rocinha/RJ: um olhar ampliado**

Dissertação apresentada à
Universidade Federal do Estado do
Rio de Janeiro para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem.
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Simone
Mendes Carvalho.

Coorientadora: Prof.^a Dra. Mary Ann
Menezes Freire.

Rio de Janeiro

2017

A275 Agonigi, Regina Cavalcante
O cuidado produzido pelas equipes da estratégia
saúde da família no território da Rocinha/RJ: um
olhar ampliado. / Regina Cavalcante Agonigi. -- Rio
de Janeiro, 2017.
106

Orientador: Simone Mendes Carvalho.
Coorientador: Mary Ann Menezes Freire.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Enfermagem, 2017.

1. Enfermagem. 2. Atenção Primária à Saúde. 3.
Grupos Focais. 4. Saúde Pública. 5. Pesquisa
Qualitativa. I. Carvalho, Simone Mendes, orient.
II. Freire, Mary Ann Menezes, coorient. III. Título.

REGINA CAVALCANTE AGONIGI

O cuidado produzido pelas equipes da estratégia de saúde da família no território da Rocinha/RJ: um olhar ampliado

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação – Mestrado em Enfermagem, da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, como requisito necessário para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA:

Presidente: Prof.^a Dra. Simone Mendes Carvalho - UNIRIO

1º Examinador: Prof.^a Dra. Nereida Lucia Palko dos Santos – UFRJ

2º Examinador: Prof. Dr. Wellington M. De Amorim - UNIRIO

Suplente: Prof.^a Dra. Ana Clementina Vieira de Almeida – UFF

Suplente: Prof.^a Dra. Fatima Teresinha Scarpato Cunha - UNIRIO

Resumo

Agonigi RC. *O cuidado produzido pelas equipes da estratégia de saúde da família no território da Rocinha/RJ: um olhar ampliado*. [dissertação]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

O cuidado em saúde é um encontro entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde que acontece de forma individualizada baseada em tecnologias leves. O desafio para que esse encontro aconteça é marcado pelo território de atuação das equipes de saúde da família, principalmente os que apresentam grandes disparidades sociais e por questões administrativas como o uso de indicadores e protocolos que norteiam o cuidado sem considerar a singularidade dos indivíduos e territórios. O objetivo do estudo foi identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica e analisar o entendimento das equipes de saúde da família sobre a produção do cuidado. O grupo focal foi a técnica utilizada para produção dos dados. Foram realizados seis grupos focais com as equipes da Estratégia Saúde da Família (ESF), nas unidades de saúde localizadas na Rocinha/RJ, no período de Fevereiro a Março de 2017. Os resultados foram organizados e analisados utilizando a rede de temas da autora Attride-Stirling, que foi identificada como “Conceito de Cuidado”, que tem por temas: escuta, acompanhamento, corresponsabilidade no processo de cuidar, prevenção, olhar holístico e questões sociais. A outra rede temática que surgiu foi o “Cotidiano das Equipes na Produção do Cuidado”. Os temas que surgiram foram: escalas de atendimento das equipes, problemas estruturais das unidades de saúde da família, padronização dos protocolos, desafios para a produção do cuidado, cobranças da micro e macro gestão. O cuidado é um ato significativo para os profissionais das equipes de Atenção Básica sendo evidente a importância que os atos cuidadores têm e a responsabilidade que possuem perante seus usuários. A produção do cuidado pelas equipes de saúde da família é desafiado quando essas cuidam para além do que está imposto nos protocolos organizacionais da Atenção Básica.

Descritores: Enfermagem; Atenção Primária à Saúde; Grupos Focais; Saúde Pública; Pesquisa Qualitativa.

Summary

Agonigi RC. The care produced by the family health strategy teams in the Rocinha / RJ territory: an expanded look. [dissertation]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro; 2017.

Health care is a meeting between professionals and users of health services that happens in an individualized way based on soft technologies. The challenge for this encounter is marked by the territory of family health teams, especially those with large social and administrative disparities, such as the use of indicators and protocols that guide care without regard to the uniqueness of individuals and territories. The objective of the study was to identify the factors that interfere in the production of care in the daily work of health professionals working in Primary Care and to analyze the understanding of the family health teams about the production of care. The focus group was the technique used to produce the data. Six focus groups were carried out with the Family Health Strategy (ESF) teams at the health units located in Rocinha, RJ, from February to March 2017. The results were organized and analyzed using Attride-Stirling 's network of themes, which has been identified as "Concept of Care", which has as its themes: listening, monitoring, co-responsibility in the care process, prevention, holistic look and social issues. The other thematic network that emerged was the "Daily life of the Teams in the Production of Care". The themes that emerged were: scales of care of the teams, structural problems of family health units, standardization of protocols, challenges for the production of care, collections of micro and macro management. Care is a significant act for the professionals of the Primary Care teams, being evident the importance that the care acts have and the responsibility that they have before their users. The production of care by family health teams is challenged when they take care beyond what is imposed in the organizational protocols of Primary Care.

Descriptors: Nursing; Primary Health Care; Public Health; Focus Groups; Qualitative Research.

Lista de Siglas

ABS – Atenção Básica em Saúde

AP – Área Programática

APS – Atenção Primária à Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

CF - Clínicas da Família

CMS - Centros Municipais de Saúde

CAPS - Centro de Atenção Psicossocial

CAP – Coordenação de área programática

ESF – Estratégia Saúde da Família

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

SMS – Secretária Municipal de Saúde

UPA - Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

	CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....	10
1	OBJETIVOS DO ESTUDO.....	14
2	BASES CONCEITUAIS.....	15
2.1	Produção do cuidado na Atenção Básica: Conexões entre saúde, território e iniquidades sociais.....	15
3	PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	23
3.1	O cenário do estudo: Rocinha.....	23
3.2	Sujeitos do estudo.....	24
3.3	Produção dos dados.....	25
3.4	Preceitos éticos.....	28
3.5	Análise dos dados.....	28
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
4.1	Conceito de Cuidado.....	31
4.2	Cotidiano das equipes na produção do cuidado.....	42
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	53
	REFERÊNCIAS	55
	APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	62
	APÊNDICE II – Instrumento de coleta de dados: Roteiro do Grupo Focal.....	64
	APÊNDICE III – Cronograma.....	65
	APÊNDICE IV – Declaração de custo.....	66

ANEXO I – Contrato de Gestão.....	67
ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.....	100

CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A produção do cuidado na Atenção Básica é permeada por desafios que vão além do saber-fazer, incluindo questões relacionadas às condições sociais e ambientais. A atuação dos profissionais de saúde nesse nível de atenção leva a uma reflexão sobre qual seria o impacto que a padronização de metas de produção e os protocolos de atendimento podem ter na forma como se produz cuidado.

No município do Rio de Janeiro, existem diversos indicadores no Contrato de Gestão que são estabelecidos entre a Secretaria Municipal de Saúde (SMS), as OSs (Organizações Sociais de Saúde) e a coordenação local de cada área do município. Cada indicador apresenta uma meta e esses indicadores demonstram como é a assistência e o acompanhamento dos usuários. Tais indicadores são os mesmos para qualquer unidade de saúde, independentemente de sua localização e características.

Os indicadores do contrato apresentam informações sobre determinadas características do estado de saúde dos usuários como, por exemplo, aqueles que tratam da tuberculose e da sífilis na gestação. Os indicadores sobre o abastecimento das unidades de saúde e fornecimento de medicações controladas também tratam do desempenho da gestão da OSs. O contrato de gestão do município do Rio de Janeiro, em vigor, totaliza 50 indicadores. Esse número pode sofrer alterações, mas não há uma frequência determinada (ANEXO I).

Os protocolos de atendimento são definidos pelos responsáveis pelas linhas de cuidado no Ministério da Saúde (nível federal) ou pela SMS (nível municipal) e têm por objetivo estabelecer critérios de diagnóstico, tratamento, monitoramento com enfoque clínico e de gestão do cuidado em qualquer território de atuação. Há uma grande oferta de protocolos para diversos tipos de agravo como dengue, tuberculose, doenças crônicas, assim como acompanhamento de gestantes, crianças, dentre outros.

Rosa e Labate (2005) afirmam que existe uma padronização dos Programas de Saúde implementados na Atenção Básica pelas instâncias superiores e que, de certa forma, facilitaram a expansão do programa, mas não consideraram os problemas de saúde e sociais do território. Nesse âmbito, as autoras ressaltam que

os profissionais de saúde ficam restritos às suas ações e não conseguem identificar os fatores de risco aos quais a população de sua área está exposta. Dessa forma, não há intervenções nos problemas de saúde, há somente uma repetição de condutas.

Portanto, é necessário discutir como a produção do cuidado é realizada pelas equipes de saúde da família, como se organizam, se há impacto no território de atuação ou se existe uma simples replicação de protocolos com enfoque biomédico. Não se tem como pretensão condenar o uso dos protocolos: é sabido a importância dos mesmos enquanto norteadores de práticas profissionais no campo da saúde, porém também é de conhecimento a necessidade urgente de sensibilização dos profissionais para um olhar ampliado e humano, entendendo que o cuidado deve ir muito além das propostas protocolares. É sobre este desafio que trataremos aqui.

Todos os trabalhadores de um serviço de saúde podem produzir atos cuidadores, como acolher, escutar, criar vínculos etc. e cada um traz um olhar diferenciado que contribui para a compreensão e comunicação com os usuários, possibilitando que esse usuário ocupe um lugar como agente ativo na produção de sua saúde. Perceber o cuidado de uma forma ampliada só é possível a partir do encontro entre os trabalhadores e os usuários. Permitir-se imundizar-se pelo mundo do outro nesses encontros é o que faz do cuidado a alma dos serviços de saúde (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Merhy (2007a) afirma que a produção do cuidado é um acontecimento e não um ato. Tanto os trabalhadores de saúde quanto os usuários do serviço são atores sociais e seu encontro é entendido como uma relação mútua em que um detém o saber tecnológico através de um saber-fazer e o outro está ali como expressão e/ou portador de uma necessidade de saúde. Nesse encontro, há um espaço intercessor onde existem linhas de forças que são tanto gerais quanto específicas e que irão fazer diferença na produção desse cuidado.

O trabalhador de saúde que se envolve com o usuário, que não é visto como um objeto, consegue enxergar sua vida e seu contexto e colocar o seu saber tecnológico a serviço de uma singularização do cuidado, produzindo um projeto terapêutico de acordo com as necessidades do usuário (MERHY; FEUERWERKER, 2009).

Esse encontro, realizado como um acontecimento e expressão da produção do cuidado, não acontece só na estrutura física da unidade de saúde, mas no território onde esse usuário está inserido com toda sua historicidade e multiplicidades de conceitos.

O território de atuação de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) não é somente uma delimitação espacial, mas apresenta o perfil histórico, demográfico, epidemiológico, político, cultural e social que está em permanente construção. Compreender esse território possibilita caracterizar uma população e seus problemas de saúde, assim como o efeito dos serviços de saúde nessa população (SANTOS, RIGOTTO; 2011).

A Rocinha, localizada na zona sul do município do Rio de Janeiro, entre os bairros de São Conrado e Gávea (considerados como bairros nobres), é um território com inúmeros contrastes sociais. Dentro de uma mesma unidade de saúde, que são divididas em áreas e microáreas, há nítidas diferenças sociais entre elas. Em algumas áreas há comércio, saneamento básico, casas de alvenaria em boas condições e, em outras, há casas construídas com restos de materiais de construção, com risco de desabamento e sem nenhuma infraestrutura.

Considerando que nenhum indivíduo é totalmente saudável ou totalmente doente e que o processo saúde-doença é influenciado pelas condições de vida, o modo de interação com esse processo é algo subjetivo e está em constante mudança, logo o conceito de saúde vai além do proposto pela OMS.

A saúde não se resume somente a uma evidência orgânica ou a um estado de equilíbrio, mas relaciona-se com as características socioculturais e com os significados que cada indivíduo traz sobre o seu processo de viver. Dessa forma o processo saúde-doença-cuidado articula-se com questões sociais, culturais, ambientais, de condições de vida, trabalho, entre outras (DALMOLIN et al., 2011).

Nesse sentido, diante dos desafios da atuação na Atenção Básica é importante discutir como os profissionais da saúde da família atuam sobre as diversas particularidades que envolvem a gestão da unidade e o atendimento aos usuários. A produção do cuidado se torna mais complexa em territórios onde há problemas sociais graves como violência, pobreza, álcool e drogas.

Os serviços de saúde apresentam limites para lidar com as questões sociais e, com isso, é necessário refletir sobre a importância de se investir em políticas públicas para redução da iniquidade social para que ocorra não somente o registro do procedimento enquanto cuidado, mas que realmente exista a produção do cuidado de forma eficaz e resolutiva que impacte na vida de toda a comunidade (YAMAMURA et al., 2014).

Diante do exposto e considerando a complexidade de cuidar na Atenção Básica, definiu-se como objeto de estudo “as interfaces do cuidado produzido pelas equipes de saúde família no território da Rocinha”.

1 OBJETIVOS DO ESTUDO

- Identificar os fatores que interferem no cuidado produzido pelas equipes da ESF no território da Rocinha;
- Analisar o cuidado produzido pelas equipes da ESF no seu cotidiano.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para uma reflexão de como as políticas públicas de saúde devem estar articuladas com as políticas econômicas e sociais, bem como problematizar a produção de cuidado que deve ir além do alcance de metas e de obediência de protocolos.

2 BASES CONCEITUAIS

2.1 Produção do cuidado na atenção básica: conexões entre saúde, território e iniquidades sociais

O cuidado em saúde é um encontro que possibilita ao trabalhador dessa área disponibilizar seus saberes e atos cuidadores em prol do desejo do usuário em restabelecer sua autonomia, dessa forma, o processo assistencial tem por base a responsabilização, vinculação e cuidado (MALTA; MERHY, 2010).

O maior desafio para se produzir cuidado é buscar a necessidade do usuário no serviço de saúde, intervindo nos seus problemas, para o alcance de uma ação que possibilite sua autonomia de forma resolutiva. Nesse sentido, se colocarmos todos os usuários em um molde, eles não terão como se desvincular do serviço já que seus “problemas” não estarão sendo vistos, e sim protocolados.

Para a maioria dos usuários a maior queixa em relação ao serviço prestado pelo setor saúde é a falta de compromisso, responsabilização e interesse dos profissionais de saúde e não a ausência de conhecimentos, o que demonstra que a expectativa de um usuário no seu atendimento é o de ter um encontro em que se produz o “trabalho vivo em ato”, possibilitando essa relação mútua, de troca, e não centrada somente na clínica, em procedimentos, e exames (MERHY, 2013a).

O processo de trabalho dos profissionais de saúde deve ser centrado no “trabalho vivo”, em que o usuário também é o protagonista do cuidado, levando a uma geração de autonomia. Esse usuário não apresenta somente um problema de saúde, mas traz consigo sua história, suas relações sociais e culturais (MERHY; FRANCO, 2013d).

A autonomia dos usuários deve ser uma busca constante dos serviços de saúde que deve garantir suporte e informações para que as escolhas dos usuários possam ser realizadas de maneira a garantir uma maior qualidade de vida e independência dos atos de saúde (MALTA; MERHY, 2010).

Merhy (2007b) afirma que as patologias influenciam o funcionamento do nosso corpo biológico, o que causa sofrimento ao indivíduo, fazendo com que se busque um atendimento que possa minimizar essa situação. Porém, a abordagem

usualmente utilizada é a de queixa-conduta: o indivíduo é visto como alguém que traz somente uma queixa, que é traduzida em sinais e sintomas e a conduta aplicada é fundamentada em ações curativas e medicalizantes, fazendo com que o outro torne-se objeto, recurso.

Dessa forma, ainda temos um olhar biomédico, com uma tendência a rotular os usuários de acordo com o agravo que o acomete, sem conseguir alcançar a real necessidade daquela pessoa e sem problematizar em conjunto, utilizando um discurso muitas vezes científico para explicar essa ausência de uma intercessão entre quem cuida e quem é cuidado.

A organização da micropolítica do trabalho em saúde ainda produz um modelo baseado no fluxo de atendimento do médico, sendo o seu saber hegemônico e aquele que estrutura o trabalho das outras categorias profissionais. O cuidado é baseado em tecnologias duras e leve-duras (MERHY, FRANCO; 2013).

Assim, a assistência prestada aos usuários é centrada na produção de procedimentos, em atos prescritivos, com o olhar somente para a dimensão biológica em detrimento dos determinantes sociais e ambientais do processo saúde-doença (MALTA; MERHY, 2010).

Outro ponto importante em relação ao cuidado é a forma de medicalização, que não tem mais um componente de cura apenas, mas é também preventivo, utilizando-se de medicamentos para evitar o adoecimento. E a maneira com que os profissionais de saúde acabam atuando é protocolada, modulando-se as formas de viver e cuidar de si (MERHY, 2007b).

A baixa resolutividade desse tipo de abordagem é justamente devido a prática centrada na prescrição de medicamentos, na produção de procedimentos e nos protocolos predeterminados, em detrimento de uma forma de atendimento que reconheça as relações entre o usuário e o trabalhador. (ASSIS et al., 2010).

O cuidado longitudinal é um dos fundamentos da Atenção Básica e deveria ser o foco dessa política, encarando o usuário como sujeito social capaz de participar de seu próprio cuidado, além de procedimentos intervencionistas de cura e tratamento, considerando as propostas de promoção da saúde.

Portanto, para que o usuário seja considerado como sujeito social e protagonista no seu cuidado, é preciso inserir os determinantes sociais do processo

saúde-doença, considerando uma lógica diferente da que estava sendo oferecida, de forma a ser usuário-centrada e ter garantida a acessibilidade ao sistema e às intervenções que se fizerem necessárias. Estas não devem ser burocráticas e impessoais, mas capazes de permitir a criação de um vínculo de compromisso e responsabilidade com os usuários (ASSIS et al., 2010).

O cuidado em saúde deve ser produzido tendo o usuário como o componente central para o estabelecimento dessa ação, seja na forma de o acolher, de responsabilização e de resolutividade. Essas características visam autonomizar esse usuário, com isso será possível que ocorra a produção do cuidado de forma plena. (MERHY, 2013a)

Dessa forma, discutir ações de promoção da saúde e empoderar os usuários trazem oportunidades e formas mais igualitárias para que todas as pessoas possam ter acesso ao seu potencial de saúde. Possibilitar que a comunidade tenha o poder de decisão, de forma democrática, com a ação comunitária, a autorresponsabilização e a autodeterminação (BRASIL, 2002).

Delimitar contornos precisos à saúde é um risco para o saber-fazer. Qualquer teoria que tente dar significado a esse termo torna-se reducionista. A integração biopsico-social é uma forma de se pensar saúde sob a ótica do indivíduo. Com isso, a promoção da saúde não se resume somente a uma aplicação técnica e normativa, mas ao fortalecimento da capacidade de escolha e utilização de conhecimentos em prol da identificação de singularidades dos acontecimentos do processo saúde-doença (CZERESNIA, 2013).

De acordo com a Constituição Federal de 1988, a saúde é direito de todos e dever do estado e uma das suas diretrizes é o atendimento integral. A lei nº 8080 de 1990 destaca que a saúde é um direito fundamental cujos fatores condicionantes e determinantes são alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais (BRASIL, 1990).

Desse modo, no Brasil, o PSF (Programa Saúde da Família) foi concebido, em 1993, como um projeto organizado para reordenar a assistência prestada à população e tem a criação do vínculo entre os profissionais de saúde e suas famílias como um dos seus objetivos. Para isso, as unidades de saúde foram inseridas no

território com intuito de ficarem mais próximas à realidade dos usuários e de permitirem a observação e a identificação das necessidades locais para a elaboração de um projeto de ação, não somente voltado para questões de saúde-doença, mas que de fato pudesse atuar nos fenômenos sociais que influenciam o processo saúde-doença. Com isso, tornou-se possível pensar a saúde com base nas reais necessidades da população (BRASIL, 1997).

No entanto, para que o PSF não se tornasse uma proposta minimalista de atenção à saúde, passou a ser definido como Estratégia Saúde da Família (ESF), pois o termo “programa” induz a um entendimento de uma atividade com início, desenvolvimento e finalização, o que não condiz com a proposta dessa reorganização da assistência (GIL, 2006).

A implantação da Estratégia Saúde da Família (ESF) ocorreu em 1994, concebida como porta de entrada do sistema de saúde e ordenadora do cuidado nas Redes de Atenção à Saúde (RAS). O objetivo foi o de reordenar a assistência prestada à população por meio da criação de vínculo entre os profissionais de saúde e suas famílias e a inserção dessas equipes no território (BRASIL, 2012).

A portaria nº 399, de 2006, que descreve o Pacto pela Saúde, tem como uma de suas diretrizes o Pacto pela Vida, assim como na PNAB (Política Nacional de Atenção Básica). Além disso, a portaria descreve a Atenção Básica como uma de suas prioridades e considera a Estratégia Saúde da Família de grande importância para o fortalecimento da Atenção Básica e ressalta que ela deve ser desenvolvida considerando as diferenças loco-regionais (BRASIL, 2006).

Porém, apesar de todos os pontos positivos existentes na ESF e na lei nº 8080/1990, que reforça a necessidade de atuação considerando os fenômenos sociais, há problemas nos territórios que interferem na execução das ações de saúde como, por exemplo, a violência dentro das comunidades e/ou a impossibilidade de acesso às residências que estão com risco de desabamento.

A Secretária Municipal de Saúde/RJ (SMS/RJ), conforme orienta a PNAB (2012), compreende e organiza a APS (Atenção Primária à Saúde) pelo modelo da Estratégia Saúde da Família (ESF). O objetivo é que o primeiro contato dos usuários do SUS seja com ela, por princípios que compreendem o território adscrito, a longitudinalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado.

O território adscrito é o território que a unidade tem responsabilidade em cuidar da população, ou seja, todos os residentes de determinada área são de incumbência da equipe daquele território. Independentemente se o usuário estiver em tratamento em outra instituição, a responsabilidade continua sendo das equipes da ESF, pois essas são as coordenadoras do cuidado, atuando também com os condicionantes e determinantes de saúde (BRASIL, 2012).

A identificação de determinado território é importante para o reconhecimento da população que ali reside e seus problemas de saúde, assim como para o desenvolvimento do vínculo com as unidades de saúde. O território representa não somente uma extensão demográfica, mas apresenta o perfil demográfico, epidemiológico, político, social e cultural (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

A doença não pode ser percebida somente como uma manifestação individual, existe uma conexão com o território onde esse indivíduo reside e que deve ser considerada na produção dos processos de adoecimento compreendendo a influência dos lugares e dos diversos contextos sociais (PRATA et al., 2017).

Dessa forma, ter o território adscrito permite o planejamento e ações intersetoriais que tragam impacto à saúde da população. Por isso, é importante o cadastramento e frequente atualização das informações sobre as famílias e indivíduos. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4000 pessoas, sendo a média recomendada de 3000, considerando o grau de vulnerabilidade das famílias de determinado território (BRASIL; 2012).

As unidades de saúde do município do Rio de Janeiro estão organizadas da seguinte forma:

1. Atenção Primária denominadas como Clínicas da Família (CF) e Centros Municipais de Saúde (CMS);
2. Atenção Secundária que são as Policlínicas, CAPS (Centro de Atenção Psicossocial) e UPA (Unidades de Pronto Atendimento);
3. Centro de Reabilitação e a Atenção Terciária que são as maternidades, hospitais e institutos (SMS/RJ, 2016).

As unidades da APS também podem ser classificadas como:

1. Modelo A: as unidades onde todo o território tem cobertura da Saúde da Família¹;
2. Modelo B: as unidades mistas que tem somente uma parte do território coberto pela Saúde da Família;
3. Modelo C: existe um território adscrito, mas não há equipe de Saúde da Família.

A organização das unidades de saúde tem como um de seus princípios, de acordo com a PNAB, o cuidado voltado ao usuário e não ao trabalhador ou centrada em procedimentos. As equipes que constituem essas unidades são multiprofissionais, compostas por um médico, um enfermeiro, um a dois técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde (ACS), cirurgião dentista, técnico em saúde bucal (que é opcional), auxiliar em saúde bucal, auxiliar administrativo e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) que são as equipes compostas por profissionais de diferentes profissões e especialidades. A carga horária dos profissionais da ESF é de quarenta horas semanais. Cabe ao enfermeiro e médico a supervisão e coordenação da equipe de cada unidade (SMS/RJ, 2016).

Em relação à parte física da unidade, ela precisa possuir pelo menos um consultório por equipe de saúde da família, com identificação visual, ou seja, o nome da equipe com o seu respectivo território deve estar exposto, assim como a composição das equipes e o horário de atendimento. As agendas de marcação devem ser utilizadas na recepção das unidades.

Todas as unidades são informatizadas, ou seja, todas as salas de atendimento, conforme prevê a carteira de serviços, devem ter internet banda larga, computadores e um prontuário eletrônico instalado (SMS/RJ, 2016). A questão da informatização já é considerada pela PNAB como uma forma de gestão do cuidado, dessa forma, o prontuário eletrônico em rede é uma ferramenta importante para a ordenação e o monitoramento das necessidades dos usuários.

Dentre os principais serviços ofertados pelas unidades básicas de saúde, temos a coleta de exames laboratoriais, exame de gravidez e baciloscopia,

¹ Atualmente no município do Rio de Janeiro temos uma prevalência das unidades denominadas como Clínicas da Família, que são de modelo A.

curativos, vacinas, administração de medicação, aferição de sinais vitais, acolhimento, consultas médicas e de enfermagem (SMS/RJ, 2016).

A agenda padrão definida pela SMS/RJ é organizada por atendimentos programados. Os usuários que são agendados como nas consultas de puericultura e preventivos, há os atendimentos à demanda espontânea que compreende os usuários que têm uma necessidade de atendimento sem prévia marcação, as visitas domiciliares, a reunião de equipe, as ações de promoção de saúde e intersetoriais e outras atividades.

Cabe destacar uma questão em torno do atendimento: nas chamadas demandas espontâneas, definidas pela SMS/RJ, o usuário, que não está agendado, quando necessita de uma assistência, deve ser atendido no mesmo dia e esse tipo de atendimento não deve ter um horário determinado. Portanto, se o usuário não pertencer ao território de determinada unidade, mas necessitar de um serviço de urgência, ele deve ser atendido pelo médico daquela unidade e somente depois deverá ser encaminhado à sua unidade de referência. Essa orientação é reforçada pela PNAB que determina que a atenção básica é a porta de entrada para o atendimento do SUS. (SMS/RJ, 2016)

Mas a realidade é que nem sempre a gestão e as equipes trabalham observando a dinâmica social do território, o que inviabiliza a atuação de maneira eficaz, como o número elevado de famílias por ACS (Agente Comunitário de Saúde), a dificuldade de implantação de novas equipes, o excesso de atividades burocráticas, o grande número de usuários para atendimento nas unidades, absenteísmo de profissionais, com isso as equipes de saúde da família não conseguem identificar e planejar as ações em saúde (CISNEIROS et al., 2011).

Uma população inserida em um território com iniquidades sociais precisa de acesso e cuidados diferenciados para que suas demandas de saúde possam ser atendidas de maneira integral e não de forma padronizada, relacionando-se com um dos princípios norteadores do SUS: a equidade.

O conceito de equidade pode ser definido como a forma de reconhecer as diferenças entre os indivíduos levando a um tratamento diferenciado, adequado a cada necessidade individual, com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes, buscando permitir que os sujeitos tenham o que lhe é proporcional em relação a

determinado bem. Na saúde, a equidade é o justo momento em que todos atingem o seu potencial em saúde, levando-se em consideração o contexto em que vivem (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

Segundo Whitehead (1992), as iniquidades em saúde referem-se a diferenças desnecessárias e evitáveis e que são ao mesmo tempo consideradas injustas e indesejáveis. O termo iniquidade tem, assim, uma dimensão ética e social. Outro autor que também deve ser citado é John Rawls (1971), que define a equidade como um conceito fundado no princípio da justiça distributiva. Há ainda autores que definem a equidade como vertical, que seria a desigualdade entre desiguais; e horizontal, que seria a igualdade entre iguais (CORGOZINHO; OLIVEIRA, 2016).

Entretanto as desigualdades em saúde são relacionadas a organização social, o que leva a reflexão sobre as iniquidades, pois os indivíduos, independente de sua posição social e de seu grau de vulnerabilidade, devem ter tratamentos diferenciados de forma a se reduzir ou anular a desvantagem inicial (BARATA, 2009).

Dessa forma, a desigualdade mostra que existem diferenças entre os indivíduos, mas há também similaridades que levam a comparações que buscam refletir sobre as diferenças; já a equidade estabelece que a realidade das pessoas e dos territórios são diferentes e, por isso, necessitam de cuidados apropriados dependendo do seu contexto. Portanto, na saúde, as diferenças sociais devem ser consideradas para que se possa produzir um cuidado adequado a cada usuário, respeitando suas necessidades.

Nesse sentido, alguns autores afirmam que o processo saúde-doença-cuidado sofre interferência direta da classe social ocupada pelos indivíduos. Com isso, a equidade deve ser conceituada e entendida como a forma de identificar políticas que possam enxergar os sujeitos que não são iguais de forma diferente (VIEIRA-DA-SILVA; ALMEIDA, 2009).

3 PERCURSO TEÓRICO METODOLÓGICO

Esta pesquisa possui abordagem qualitativa que se fundamenta nas especificidades inerentes à pesquisa social, compatível com a temática da pesquisa. O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade social se processa com uma riqueza de significados que transborda dela, no dinamismo da vida individual e coletiva (MINAYO, 2006).

Para a pesquisa qualitativa, o principal ponto a ser observado é a capacidade para estudar e descrever fenômenos que não estão disponíveis em qualquer lugar, como a produção do cuidado em territórios específicos e a forma como as equipes se organizam para realizar esse cuidado (SILVERMAN, 2009).

Segundo Minayo (2007), nas Ciências Sociais, existe uma identidade entre o sujeito e o objeto, dessa forma, a relação entre pesquisador e seu campo de estudo se estabelece definitivamente e a pesquisa vincula pensamento e ação, pois nada pode ser um problema racional sem antes ter sido um problema da vida prática.

3.1 O cenário do estudo: Rocinha

A Rocinha, antes de se tornar uma das maiores favelas do Brasil, era uma grande fazenda que foi loteada em chácaras que produziam legumes e frutas para uma feirinha que acontecia na Praça Santos Dumont, na Gávea. O nome da favela surgiu porque os produtores afirmavam que suas mercadorias vinham da “rocinha”.

Em 1930, começou a surgir a favela na parte baixa e, a partir de 1950, com a expansão dos bairros de Ipanema e Leblon, muitas pessoas, principalmente nordestinos que vinham trabalhar na construção civil e na prestação de serviços, se instalavam no morro e sua ocupação começou a subir.

Com a abertura dos túneis Rebouças e Dois Irmãos, ocorreu uma grande ocupação da região novamente, mas o governo tinha um grande descaso pela área, não havia infraestrutura, houve grande degradação das matas, crescimento desordenado, ausência de luz elétrica e a água era distribuída por bicas.

Nas décadas de 1970 e 1980, a ocupação da área se intensificou e a Rocinha ganhou status de bairro, ganhando inclusive uma região administrativa que funciona no alto da comunidade, próxima a região do 199. Com as reivindicações da população, foram implantadas creches, escolas, correios e foi feita a canalização de valas.

Em 1982, o primeiro posto de saúde foi implantado por iniciativa do padre local. Esse posto continua funcionando até os dias atuais, como ESF, o CMS Dr. Albert Sabin. O território da Rocinha conta hoje com 25 equipes de saúde da família, distribuídas pelas três unidades de Atenção Básica (CMS Albert Sabin, CF Maria do Socorro e CF Rinaldo Delamare), cobrindo todo o território.

O bairro ainda apresenta um dos maiores focos de tuberculose do país. Contribuindo para esses altos indicadores e corroborando a discussão ampliada dos conceitos de saúde e cuidado feita até então, temos como alguns fatores influenciadores nesse processo as ruas estreitas, que impedem a penetração de luz solar e ventilação, a pobreza, a alta densidade populacional e a falta de saneamento básico.

3.2 Sujeitos do estudo

Os sujeitos do estudo foram os profissionais de saúde que atuam na Estratégia Saúde da Família, nas unidades do território da Rocinha localizado na Área Programática (AP) 2.1, que engloba desde o bairro da Glória até São Conrado, na zona sul da cidade. As unidades de saúde da CAP 2.1 estão distribuídas por toda a região da zona sul, permitindo a cobertura assistencial das comunidades de Santo Amaro, Tavares Bastos, Morro Azul, Chapéu Mangueira/Babilônia, Santa Marta, Tabajaras, Pavão Pavãozinho/Cantagalo, Vidigal, Cruzada/São Sebastião, Rocinha e Vila Canoas.

A Rocinha tem 100% de cobertura de saúde da família, que se dá por 03 unidades: CMS Dr. Albert Sabin, CF Rinaldo Delamare e CF Maria do Socorro. Todas essas unidades de saúde da família são classificadas como modelo A, ou seja, todo o território tem cobertura para atendimento.

O CMS Dr. Albert Sabin foi a primeira unidade que a comunidade recebeu e, apesar de estar organizado como ESF, manteve o nome de CMS. Situado na parte alta da favela, possui seis equipes de saúde da família, seu território é marcado por grandes contrastes como os presentes nas diferenças, por exemplo, entre a área do Laboriaux com saneamento básico, comércios, restaurantes e a área da Macega onde encontram-se grande pobreza, presença do tráfico e nenhuma infraestrutura.

A CF Maria do Socorro, situada na parte central da favela, possui onze equipes de saúde da família, com grandes contrastes e dificuldades específicas. No lugar em que a clínica está situada, também temos os serviços da UPA Rocinha e o CAPS Maria do Socorro.

A CF Rinaldo Delamare tem oito equipes de saúde da família e está localizada próxima ao acesso principal da favela, dentro de um prédio denominado Centro de Cidadania Rinaldo Delamare em que funcionam outros serviços para a comunidade, como o conselho tutelar e cursos profissionalizantes gratuitos.

Os profissionais de saúde que compõem essas equipes estratégicas de saúde da família são: médicos de família, enfermeiro de família, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, cirurgiões dentistas, técnicos de saúde bucal, auxiliar de saúde bucal, diretoras e/ou gerentes de serviço em saúde, administrativos e a equipe do NASF, constituída por farmacêutico, fisioterapeuta, educador físico, psicólogo e nutricionista.

3.3 Produção dos dados

Para a produção dos dados foi utilizada a técnica de grupo focal que consiste em conseguir informações necessárias através das interações grupais, obtendo-se informações detalhadas a respeito da temática da pesquisa, com a criação de um ambiente propício. Os participantes da pesquisa puderam expor suas opiniões e pontos de vista, sem serem levadas em consideração as diferenças de status (TRAD, 2009).

Os grupos focais foram realizados durante as reuniões de equipe que ocorrem em dias diferentes da semana, as equipes que participaram foram

escolhidas por meio de sorteio, sendo duas equipes por unidade, perfazendo um total de seis equipes de Saúde da Família. O sorteio ocorreu na semana anterior ao grupo focal e foi estabelecido esse quantitativo para atender os objetivos propostos pela pesquisa.

De acordo com a literatura, como os participantes dos grupos são de um mesmo perfil (profissionais das equipes de saúde da família), é indicado realizar os grupos até que as informações comecem a se repetir e não tenham novos dados em relação ao tema. Normalmente, os novos dados começam a não ser frequentes a partir do terceiro grupo focal (TOLLEY et al., 2016).

Segundo Bender e Ewbank (1994) o objetivo do grupo focal é o de conseguir trazer à luz o entendimento dos participantes em relação ao que está sendo discutido, examinando temas direcionados de interesse tanto do pesquisador quanto dos participantes do grupo, pois, dessa forma, o nível das respostas é melhor e mais detalhado. Para isso, deve ocorrer uma interação entre os membros do grupo e também com o moderador.

A primeira questão no desenvolvimento de um grupo deve ser o de dar ênfase à interação dos membros do grupo para que se possa ter êxito. Utilizando o grupo focal como método de coleta de dados, não é tão somente permitido, mas incentivado que o pesquisador escute algumas respostas inesperadas e que essas sejam utilizadas como pistas para alcance dos objetivos da pesquisa (BENDE; EWBank, 1994).

Os resultados desse estudo foram produzidos através dos seis grupos focais durante os meses de fevereiro e março de 2017. O total de participantes foi de quarenta e cinco profissionais das seis diferentes equipes que foram sorteadas, sendo duas equipes por unidade de saúde. Os participantes foram: vinte e seis ACS (Agente Comunitário de Saúde), seis enfermeiros, dois técnicos de enfermagem, quatro médicos de saúde da família, três residentes de enfermagem, três residentes médicos e um farmacêutico.

Nas três unidades, não houve adesão total de todos os membros das equipes na realização dos grupos focais por diversos motivos: falta de interesse em participar da pesquisa, encontravam-se em outras atividades na unidade e não estavam presentes no dia da realização do grupo.

A moderadora do grupo foi a própria autora, essa escolha ocorreu por ter a pesquisadora domínio sobre a pesquisa e ser capaz de captar, de maneira plena, as informações necessárias ao estudo.

Os grupos focais aconteceram nas salas das próprias equipes ou no auditório da unidade. Foram espaços que comportaram todos os participantes dos grupos, constituindo-se, portanto, um território neutro mesmo dentro da unidade, visto que nesse espaço são discutidos problemas da equipe, sendo um momento de reflexão sobre suas ações de cuidado e no território.

Todos os participantes sentavam-se em círculo na sala e, a cada início dos grupos, a moderadora apresentava-se e explicava de forma simplificada a pesquisa que estava desenvolvendo e os objetivos do grupo focal, após esse momento, pedia para que cada participante se apresentasse.

Para direcionar as discussões, foi utilizado um roteiro composto por quatro questões temáticas que abordaram a produção do cuidado dos profissionais da equipe de saúde da família (APÊNDICE II). Essas questões foram utilizadas como norteadoras das discussões, de forma a permitir que todos pudessem dar sua contribuição e sua opinião acerca de seu entendimento sobre cuidado, de como organizavam seu processo de trabalho na unidade e de como era o dia-a-dia da equipe.

Foi esclarecido a todos que ninguém seria obrigado a participar ou contribuir e caso não se sentissem à vontade poderiam se ausentar. As questões foram elaboradas de forma abrangente para evitar respostas curtas.

As discussões dos grupos foram gravadas, com uso de um gravador portátil. Cada grupo teve em média dez participantes, que constituem uma equipe de saúde da família da unidade, e tiveram duração média de sessenta minutos. Após o término de cada grupo, a moderadora agradeceu a participação de todos. Todos os grupos foram transcritos pela autora e as observações foram incluídas.

3.4 Preceitos Éticos

A pesquisa atendeu todos os preceitos éticos, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde: apresentação da pesquisadora do projeto; descrição clara dos objetivos da pesquisa e das técnicas utilizadas para a pesquisa; consulta prévia dos participantes sobre a autorização de gravação em áudio das discussões de grupo; garantia do sentido voluntário e da possibilidade de desistência na participação na pesquisa; garantia do anonimato dos participantes envolvidos e da confidencialidade das respostas; assinatura do “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido” para seu consentimento e participação na pesquisa.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (ANEXO II), parecer de nº 1.836.378 e pelo Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (ANEXO II), parecer de nº 1.910.619.

3.5 Análise dos dados

Para a análise dos dados, utilizou-se a proposta de Attride-Stirling, definida como rede de temas. A aplicação de redes temáticas é uma forma de organizar os dados qualitativos com o objetivo de facilitar a estruturação e representação das informações que surgem nos grupos focais. A codificação dos dados coletados permite resumi-los com base nas questões da pesquisa utilizando palavras específicas que são aplicadas para dissecar segmentos do texto e permitindo a identificação de padrões. Após esse processo, é necessário refinar essas informações de forma a encapsular um conjunto de ideias. Cada tema deve ser específico o suficiente para pertencer a uma ideia, mas também amplo de modo que possa encontrar expressões em diferentes segmentos do texto. Os temas identificados fornecem a fonte para as redes temáticas. Os temas semelhantes são agrupados de acordo com a similaridade e coerência (ATTRIDE-STIRLING, 2001).

Os dados foram organizados de acordo com os temas que surgiram nos grupos focais e obedeceram seis passos. Primeiro ocorre a codificação do material, para revelar os trechos dos textos mais significativos, logo após identificam-se os temas que são transcritos em um novo documento. No terceiro momento, ocorre a construção de redes temáticas e identificam-se macro categorias e todos os temas que tiverem similaridade são agrupados. Em seguida, ocorre a descrição e exploração das redes temáticas, buscando uma profunda compreensão das informações. No quinto passo organiza-se um sumário dos temas e, por último, realiza-se a interpretação dos dados (SIMÃO, 2005).

Dessa forma, os dados da pesquisa foram codificados de acordo com as temáticas em comum, formando assim os temas. Para surgir o tema *problemas estruturais*, por exemplo, as palavras específicas identificadas nas discussões dos grupos focais foram infraestrutura, espaço físico e recursos. Elas levaram à identificação de um padrão comum servindo de fonte de análise.

Utilizou-se como referencial teórico as produções do médico sanitarista Emerson Elias Merhy, que discutem produção do cuidado na micropolítica do trabalho vivo em ato, que busca no usuário dos serviços de saúde o seu mais profundo significado. O processo de trabalho permite que a presença do trabalho vivo em ato possa transformá-lo, utilizando, por exemplo, da criatividade para inventar e possibilitar novas direções nos processos de saber-fazer (MERHY, 2013a).

O trabalho vivo em ato é uma força que influencia os processos e relações, dessa forma, o processo de trabalho pode ser visto como uma micropolítica e local de mudança com práticas criadoras capazes de enfrentar as necessidades de saúde. Com isso, a produção do trabalho deve deixar de ser engessada por saberes estruturados, que estão nas normas, procedimentos e instrumentos, e ser um processo de produção de políticas e de bens (MERHY, 2013a).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após o material ser totalmente codificado, iniciou-se a análise a partir da identificação dos temas que foram emergindo nos grupos focais e que desencadearam a construção e o desenvolvimento das redes temáticas.

Inicialmente os participantes pareciam escolher as palavras e pensar sobre o que iam falar, pareciam receosos sobre a temática, mas, após alguns minutos, começavam a se colocar e uns iam complementando os outros de forma enriquecedora. Em um coletivo tão diverso, foi interessante notar que os profissionais mais participativos, em todos os grupos focais, foram os agentes comunitários de saúde e enfermeiros.

Nos grupos, quando o fio condutor das discussões era o cuidado, tornava-se notável a discussão sobre o processo de trabalho, em que a maior parte dos agentes comunitários se colocavam de maneira enfática, apontando os pontos que mais os prejudicavam na realização do cuidado na Atenção Básica.

A presença dos residentes enriqueceu a produção dos dados, pois haviam residentes de enfermagem e medicina do primeiro ano. Foi possível verificar suas primeiras impressões em relação ao serviço e também suas opiniões acerca dos impactos que os processos de trabalho causam na produção do cuidado das equipes e do que consideravam positivo nas unidades de saúde.

Os trechos dos depoimentos, que serão citados a partir de agora, foram transcritos das gravações pela própria autora dessa pesquisa e optou-se por manter as construções linguísticas utilizadas pelos entrevistados. Os nomes das equipes foram substituídos por números de 1 a 6 para assegurar a confidencialidade das informações.

4.1 Conceito de Cuidado

Com a análise dos dados produzidos, surgiu a rede temática “Conceito de Cuidado” que tem por temas: escuta, acompanhamento, corresponsabilidade no processo de cuidar, prevenção, olhar holístico e questões sociais.

A temática foi bastante discutida nos grupos, todos os participantes colocaram o que entendiam como cuidado, confirmando como é importante para as equipes a atenção e a responsabilidade dispensada aos seus usuários. Todos puderam demonstrar como a produção do cuidado é identificada e compreendida na lógica da Atenção Básica.

Foram apontados, a partir das definições de cuidado, os fatores que o influenciam, já que a produção do cuidado não é meramente um conceito, mas um encontro no qual o usuário é visto de maneira plena, inserido em um território (Rocinha) que apresenta inúmeros desafios para as equipes da Saúde da Família e que vão muito além da prática assistencial.

Escuta

A escuta apareceu como um tema dessa rede. Os profissionais de saúde afirmam como é essencial escutar. Muitas vezes, nem mesmo o usuário consegue expressar aquilo que é uma necessidade de saúde para ele, dessa forma, o escutar é a primeira ação que o trabalhador deve desenvolver para conseguir desencadear um projeto terapêutico de forma a alcançar o usuário e proporcionar sua autonomia.

A partir do encontro entre o trabalhador e o usuário, o trabalho vivo em ato é desenvolvido produzindo relações de escuta e responsabilizações, que se articulam para construir vínculos de compromisso em projetos de intervenção. Esse processo pode ser realizado por qualquer trabalhador da saúde, levando a possibilidade de se criar uma micropolítica do processo de trabalho centrada no usuário (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

O que acho primordial é a pessoa ouvir o paciente, independente se ele tem alguma doença ou não. Estar sempre disposto para ele, para ouvir o que ele vem a buscar. Às vezes, um paciente vem buscar não um atendimento relacionada à saúde, mas um problema que está passando familiar, então ele vem buscar até uma conversa já cuida dele. (Grupo 4)

O processo de escutar deve ser exercitado diariamente, não é algo simples que se possa fazer mecanicamente. Deve-se deixar envolver-se pelo outro, de forma a compreender seu problema de saúde que nem sempre pode ser classificado ou protocolado já que, às vezes, sua necessidade é simplesmente ser escutado.

Bom acompanhamento, acolhimento, escuta, ouvindo bem o paciente, você sabe o que ele tá querendo realmente. E, ele precisa de escuta, o paciente precisa ser escutado, às vezes precisa de um tempo maior para saber o que ele quer, porque tem gente que não sabe passar o que quer, então o cuidado é isso a escuta, a visita, e saber o que realmente o paciente quer, para ele saber também se cuidar. (Grupo 5)

E essa escuta pode ser desenvolvida por qualquer trabalhador de saúde. Os ACS são os profissionais que se encontram no guichê das equipes na entrada das unidades de saúde e são responsáveis por esse primeiro contato que não é uma tarefa fácil. Existem escalas para o guichê em cada equipe de saúde da família no município do Rio de Janeiro. Os agentes se revezam nos turnos da manhã e da tarde e raramente temos outros profissionais de saúde operacionalizando esse primeiro acolhimento.

Temos também um grande volume de atendimento em todas as unidades e além de acolher e escutar esses usuários no guichê, os agentes ainda desenvolvem outras funções nesse local como a realização de todos os agendamentos e encaminhamentos para as salas de atendimento. Com isso, nem sempre a forma como esses usuários são inicialmente acolhidos nas unidades é a mais eficaz para as suas necessidades.

Nas consultas e procedimentos técnicos realizados nas unidades, em algumas ocasiões, não é possível perceber essa escuta sendo feita, as consultas agendadas têm tempo determinado para acontecer. Além disso, há um grande número de usuários não agendados no dia que precisam ser acolhidos, com isso os enfermeiros, técnicos e médicos sentem dificuldade em realizar essa ação nas unidades.

Durante as visitas domiciliares, essa escuta pode ser realizada de maneira mais plena já que os profissionais vão ao encontro dessas famílias. Com menos atendimentos e cobranças por visita, é possível escutar. As visitas ocorrem pelo menos uma vez por semana por parte dos enfermeiros, médicos e técnicos de enfermagem, já os ACS possuem mais turnos de visita domiciliar.

As equipes de saúde da família precisam reconhecer nos usuários parceiros na produção do cuidado, não somente centradas em metas de indicadores e protocolos clínicos, de forma que sirvam realmente de “porta de entrada” do SUS. Para isso, é necessário que ocorram mudanças na forma de se produzir cuidado, sendo a escuta um elemento essencial.

Dessa maneira, sem reconhecermos o acolhimento e o vínculo como nuances do cuidar, não há produção de cuidado que possa impactar os processos sociais de produção da saúde e da doença. É necessário buscar nas práticas de saúde individual e coletiva as pessoas como caminho para defender a vida (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Acompanhamento

O acompanhamento foi citado nos grupos focais como uma ação essencial e fundamental das equipes, proporcionando a condução de seus usuários no processo saúde-doença-cuidado e garantindo que o indivíduo possa ter suas necessidades de saúde atendidas e assistidas de maneira integral. O território das equipes é adscrito o que possibilita que os profissionais conheçam seus moradores e suas necessidades, dessa forma, o acompanhamento é um processo feito de maneira contínua.

Cuidado tem a ver com acompanhar, entender o que o paciente tem, acompanhá-lo e, a partir daí, proporcionar o que ele precisa para o seu bem-estar, melhora, cura. (Grupo 3)

Mesmo o usuário sendo encaminhado para um serviço com maior complexidade, como um atendimento especializado, continua sendo de

responsabilidade das equipes de saúde da família o segmento de seu acompanhamento. A ESF é o eixo norteador de toda a produção do cuidado.

O acompanhamento não deve ter como diretriz somente grupos prioritários como crianças e gestantes, ele deve ser proporcionado às famílias das áreas, independentemente do agravo ou da situação de determinado indivíduo.

O processo de trabalho dos membros das equipes, incluindo o dos ACS, é voltado para ações programáticas, por meio da classificação de agravos mais frequentes na área de atuação por dias de atendimento nas unidades e no agendamento das visitas domiciliares. Não é considerado o critério de necessidade, e sim o seguimento de um protocolo para visitas e atendimentos (FERREIRA et al., 2009).

Os ACS têm papel fundamental no acompanhamento das famílias de um território, pois desenvolvem a capacidade de reconhecer a singularidade de cada uma delas por meio de suas visitas domiciliares, levando ao desenvolvimento de métodos singulares de cuidado para atender seus usuários. Desse modo, ocorre uma amplitude do compartilhamento da gestão do cuidado em que todos os membros da equipe são afetados, não sendo somente um papel do médico de família (FERREIRA et al., 2009).

Cuidado é uma vigilância, atenção é você acompanhar, intervir dentro da atenção à saúde em todas as fases da vida, requer um certo cuidado.
(Grupo 6)

O acompanhamento é ação fundamental da Atenção Básica. Esse nível de atenção funciona não somente como porta de entrada do SUS, mas garante o vínculo, a longitudinalidade, a acessibilidade e a coordenação do cuidado. E essa ação deve ser desenvolvida por todos os membros das equipes.

Os usuários precisam sentir-se acolhidos e acompanhados, entendendo o funcionamento das unidades básicas que não se destinam somente à renovação de receitas e à replicação de protocolos de saúde. O acompanhamento deve ser entendido como uma ação voltada para percepção das equipes se a produção do cuidado está tendo resultados na sua população atendida.

Corresponsabilidade no processo de cuidar

Uma das propostas da ESF é autonomizar os usuários para que se sintam parte da produção do cuidado. Quando não ocorre o encontro entre os usuários e os profissionais, não há o estabelecimento de uma relação mútua o que leva o usuário, muitas vezes, a uma dependência do serviço de saúde.

Os usuários podem procurar os serviços de saúde para a resolução de seus problemas, mas nem sempre é clara sua demanda. No imaginário popular, acredita-se que o modelo de atenção à saúde, voltado para procedimentos e diagnósticos, seja a melhor maneira de solucionar as demandas de saúde e de doença.

A promoção da saúde deve existir nas unidades com o objetivo de sensibilizar os usuários, “falar uma linguagem popular”, de forma que se sintam um componente importante do cuidado. Em um dos grupos, ficou explícito que aproximar o usuário do serviço não deve ter um cunho paternalizador, mas proporcionar sua inserção como parte do projeto terapêutico singular.

A gente também é morador e se a gente consegue fazer uma linguagem mais popular que eles conheçam, assim a gente vai se entrosando e aí vai convivendo e dá um alerta: poxa cara vai estudar, volta, vai arrumar um emprego, de uma maneira que eles se sintam, e isso faz parte do cuidado também, de ir à academia carioca, vai caminhar na praia, vai jogar pôquer com um amigo na pracinha. (Grupo 1)

O usuário precisa ser apropriado das causas que levam seu adoecimento e das formas que podem levar à resolução de determinado agravo. Fica, desse modo, a seu critério estabelecer como será a melhor maneira de alcançar seu potencial de saúde, de forma que não seja uma ação impositiva por parte dos profissionais de saúde.

No contato entre usuário e trabalhador, é importante a interação dos saberes e práticas, saber escutar e realizar trocas de experiências para que a produção da saúde seja realizada acolhendo as necessidades e mostrando o papel centralizador que os usuários têm em todo o processo.

Cuidar também é apropriar a pessoa desse cuidado. Só acha que nós vamos cuidar, é importante saber que eles fazem parte desse cuidado mútuo, orientamos, ensinamos e eles fazem a parte deles. (Grupo 6)

O processo de cuidar é uma relação de corresponsabilidade entre os usuários e os profissionais de saúde. No momento em que estabelecem esse encontro, fica implícita essa relação de troca entre as partes e a produção do cuidado pode transformar a necessidade do usuário.

O encontro entre o trabalhador e o usuário afeta um ao outro, produzindo acolhimento, vínculo, autonomia e satisfação. O usuário, como protagonista de atos cuidadores, geradores de autonomia, leva à produção da saúde que é consolidada na micropolítica de organização dos processos de trabalho das equipes (MERHY; FRANCO, 2013).

Prevenção

Nas falas dos grupos focais, foi muito colocada a questão da prevenção como uma das ações primordiais da atenção básica. Porém, para que se possa virar realidade, os profissionais precisam conhecer seu território e as necessidades de saúde das suas famílias. As equipes enxergam como necessária e uma prática comum no seu dia-a-dia a atuação para prevenção de agravos. Consideram um ato importante para evitar as constantes incursões dos usuários nas unidades de saúde.

Nesse caso, é dizendo uma prevenção, né, nós devemos fazer a prevenção que é melhor forma de evitar as idas e vindas dos pacientes desnecessariamente para as clínicas. (Grupo 1)

Na minha parte, eu acho que cuidado é a gente ir lá e orientar, né, que o que a gente faz é orientar como pode, o que pode tá evitando, né, os cuidados antes de adoecer, antes de acontecer. No caso, assim, vai ter campanha de vacinação, você explica a importância daquilo, como prevenção, a questão da higiene, do ambiente, do estudo, né, porque quando a pessoa estuda, abre mais a mente, ela consegue se esclarecer, se expressar melhor, né. (Grupo 1)

Prevenção em primeiro lugar. (Grupo 2)

Mas ainda existe grande distanciamento das ações de prevenção e as características territoriais. Essas ações muitas vezes são impostas pelo Contrato de

Gestão vigente e são realizadas prioritariamente nas escolas localizadas nas áreas das equipes ou como ações da equipe de saúde bucal para alcance de determinadas metas de produção.

A prevenção precisa ser dirigida às necessidades dos usuários, indo ao encontro das principais questões que os envolvem. As ações em escolas e creches são importantes e estabelecem um laço entre a educação e saúde, mas não devem existir somente por causa de uma imposição contratual, e sim por questões que são sugeridas em reuniões entre as equipes de saúde da família, direção dessas instituições e a população do território.

Os profissionais de saúde estão submetidos, em seu cotidiano, a uma atuação pautada por ordenamentos que definem as formas de atuar na prestação da atenção e no exercício da clínica. Ali, o trabalho desses profissionais é capturado pelo gerenciamento e protocolização, fazendo com que atuem submetidos a modelos assistenciais. Desse modo, as individualidades e características de cada território nem sempre são contempladas nas ações que as equipes promovem. É necessário que os trabalhadores possam fazer a análise e crítica de sua atuação e possam promover formas de atuação voltadas às demandas de sua área (CECCIM; MERHY, 2009).

Nos momentos de consulta, na aferição de uma pressão arterial, na aplicação de uma vacina, os profissionais de saúde devem ser incentivados a informar seus usuários de maneira que possam compreender como aquelas ações podem ajudá-los na prevenção de agravos. Essas ações são de extrema importância na Atenção Básica.

Ajudar a pessoa a enxergar a prevenção, eu entendo que na atenção básica é assim prevenir antes que a pessoa fique doente. (Grupo 4)

A produção do cuidado deve ter sua centralidade no usuário, no encontro, na interação, no contato com a alteridade. A prática do atendimento deve ser encarada como um ato singular da produção de saúde, de realidades e do trabalho vivo em ato, desencadeando processos educativos em ato (CECCIM; MERHY, 2009).

Olhar holístico

O cuidado foi conceituado em alguns grupos focais como uma visão ampliada do indivíduo, sendo afirmado que o olhar deve ser holístico, ou seja, não compreender o outro somente de forma superficial, de acordo com um problema de saúde, mas ter um olhar voltado para seu entorno que pode levá-lo ao adoecimento.

Cuidar do paciente como um todo, não olha só o paciente, olha a família em torno, não é só aquela queixa principal, às vezes, têm outras queixas por trás. (Grupo 1)

Cercar a pessoa de toda a atenção possível. (Grupo 4)

Ter um olhar holístico possibilita traçar condutas que possam realmente alcançar esse usuário. Nem sempre sua demanda principal o leva ao adoecimento, pode ser uma consequência de determinada situação que envolva questões familiares, no seu trabalho ou ausência dele e questões relacionadas à violência.

Merhy e Franco (2013) afirmam que para a construção do cuidado as relações são fundamentais, já que o trabalho vivo em ato é relacional e se dá como relações intercessoras realizadas no cuidado à saúde (tecnologias leves), não sendo centradas em atos prescritivos em que o saber médico é hegemônico e produtor de procedimentos baseados em tecnologias duras e leve-duras (MERHY; FRANCO, 2013).

Mais informações, cuidado em saúde, cuidar da saúde como um todo, assim, pelo menos é o que eu entendo que a clínica da família busca fazer, com o apoio do NASF, no cuidado não somente da parte física do paciente, mas também da parte psicológica, da questão da vulnerabilidade social, que envolve o paciente. Mas o cuidado na saúde, envolve essa visão mais 360 graus, não só posto de saúde, vamos lá, vamos vacinar, fazer a escovação, não só olhar a caderneta de vacina, e mais o acompanhamento, seria mais isso. (Grupo 2)

Os profissionais de saúde afirmam que precisam ter um olhar amplo em relação aos indivíduos e que o foco das suas ações de cuidado não deve ser somente as questões burocráticas que ocupam a maior parte das suas consultas, mas também a percepção das angústias e necessidades de seus usuários.

As questões burocráticas como os registros dos atendimentos são essenciais para o acompanhamento e análise das necessidades das populações e deveriam ser facilitadores das ações das equipes. Na prática, vemos que os profissionais acabam por alimentar inúmeras planilhas, além do próprio prontuário eletrônico e são altamente cobrados por essas ações muitas vezes em detrimento da produção do cuidado em si e no ato.

Dessa forma, seria interessante que houvesse uma forma única de registro, utilizando somente o prontuário eletrônico e o mesmo pudesse alimentar todos os bancos de dados.

Acho que é olhar o paciente como um todo é não se preocupar só com a burocracia aqui do sistema e tal, de ter a hemoglobina glicada, de ter a avaliação do pé, óbvio que esses parâmetros que eles exigem claro que é para a gente conseguir olhar melhor o paciente, só que a gente se preocupa tanto com isso que esquece da cabeça do paciente, de conversar sobre como é que tá a saúde da família dele, o emprego dele, a promoção da saúde e ir para escola, incentivar as crianças a estudarem, enfim, eu acho que cuidado é isso, é você, olhar o todo mesmo. (Grupo 5)

Questões sociais

As questões sociais foram levantadas como influenciadoras no cuidado com os usuários, já que afetam o processo-saúde-doença-cuidado. Importante destacar que essa temática surgiu nos grupos focais levando à análise do quanto as equipes em territórios com iniquidades sociais vivenciam esses desafios. Com isso, o cuidado pode estar sendo gradativamente desenvolvido de maneira singularizada considerando os determinantes sociais de saúde.

A inclusão do ambiente, do trabalho, das relações familiares e da comunidade na produção do cuidado possibilita enxergar todas as possibilidades de saúde ou de doença às quais os usuários estão expostos.

A determinação social da saúde demonstra como as interações entre diversos fatores individuais ou de ambiente influenciam a saúde e produzem desigualdades em saúde, como idade, sexo, fatores hereditários e relacionados ao comportamento, ao estilo de vida e às questões referentes ao acesso a informações, propaganda, alimentação saudável e lazer (GEIB, 2012).

Com isso, notamos que o processo-saúde-doença é influenciado por questões relacionadas tanto pelo ambiente externo, quanto pelas escolhas e características individuais.

As relações estabelecidas em comunidade, as condições de vida e de trabalho também influenciam a saúde, ou seja, as condições econômicas, culturais e ambientais, incluindo também a globalização, devem ser consideradas pelas equipes para realizar o seu encontro com os usuários (GEIB, 2012).

Eu acho que assim cuidado em saúde, a gente tem que avaliar todos os determinantes de saúde, então isso envolve o lazer, a educação, transporte, saúde bio-psico-social, então envolve todas essas questões, a gente não pode olhar só um ponto, tem que ser um conjunto que tem que ser trabalhado. (Grupo 2)

Isso envolve muita coisa, partindo do princípio da nossa linha, da nossa estadia aqui há sete anos, nesse acolhimento, é como você vê né, vê o próximo, a saúde dele, o mental dele, o psicológico, envolve muita coisa, é muito abrangente isso. (Grupo 3)

A Rocinha é um território no qual as diferenças sociais são evidentes, mesmo em uma microárea é possível verificar locais onde nem o saneamento básico existe, sendo assim o olhar dos profissionais precisa ser ampliado de forma a permitir que as questões sociais sejam consideradas na construção do projeto terapêutico singular.

Garantir a assistência ao paciente, para que ele tenha qualidade de vida no ambiente que ele mora, que ele reside, que ele frequenta e fazer com que ele tenha qualidade e seja assistido. (Grupo 2)

As falas são claras e colocadas de maneira a demonstrar o quanto os participantes dos grupos entendem o cuidado com maior amplitude, considerando as questões sociais que podem tanto potencializar ou fragilizar a produção do cuidado.

E sempre levando em consideração, o todo né, não é só um paciente com doença, é tudo, é a água que ele bebe, é aonde ele mora, o esgoto que tem na casa dele, ou que não tem, é a família, é o vizinho, enfim... O financeiro, o transporte, o ambiente de trabalho, eu acho que o cuidado abrange tudo isso, é bem abrangente mesmo. (Grupo 3)

Eu entendo como cuidado e aí entra as estratégias, mas eu entendo como o bem estar bio-psico-social do paciente é quando se preocupa com a saúde

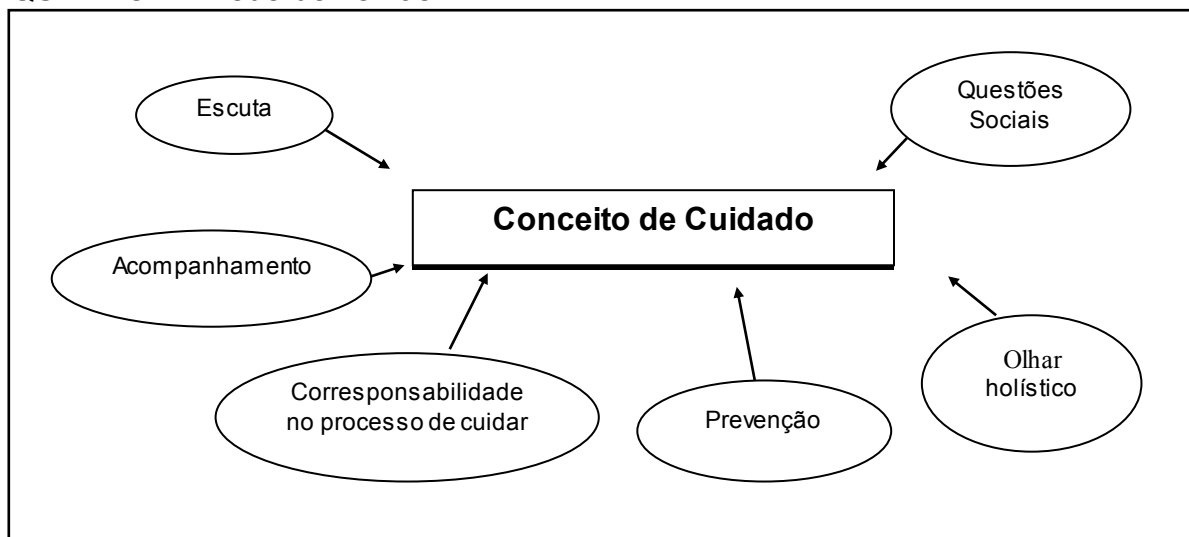
nesse sentido e aí eu acho que na verdade, em termos de estratégia, que seja desde o meio é do ponto da onde a gente fica aqui no consultório da doença diretamente quando o paciente já tem um sintoma, até o momento que todos eles que os ACS estão convivendo com eles enfim, tendo toda essa atenção em um nível mais próximo do paciente tendo uma noção melhor do dia-a-dia, da família, meio, história, enfim, uma questão mais pessoal. (Grupo 1)

Dessa forma notamos a relação que as questões sociais exercem sob a saúde de cada indivíduo e ressaltamos que para o alcance da saúde é necessário levar em consideração as condições de vida, os hábitos individuais e as iniquidades em saúde.

Assim, as políticas públicas devem ser construídas baseadas em diretrizes de promoção à saúde que levem em consideração as questões relacionadas aos determinantes sociais para que, dessa forma, a população possa ter a possibilidade de acesso a escolhas mais saudáveis (MALTA; MERHY, 2010).

Abaixo, apresento quadro que sintetiza a rede de temas “Conceito de Cuidado”:

QUADRO 1 - Rede de Temas I



4.2 Cotidiano das equipes na produção do cuidado

A análise dos grupos focais proporcionou o surgimento da segunda rede temática: cotidiano das equipes na produção do cuidado. Ela se originou a partir dos seguintes temas: escalas de atendimento das equipes, problemas estruturais das unidades de saúde da família, padronização dos protocolos, atuação das equipes no território, cobranças da gestão micro e macro.

Os temas que surgiram nessa rede temática demonstraram a complexidade da produção do cuidado pelas equipes da estratégia saúde da família e seus desafios e dificuldades diárias para atuarem em um território com grandes disparidades sociais. Foi notável, nos discursos dos grupos, a discussão sobre o processo de trabalho e como esse pode afetar a produção de um cuidado integral.

A princípio, os profissionais pareciam receosos sobre a temática, mas o desenrolar da discussão resultou em um debate enriquecedor sobre o cotidiano do trabalho dessas equipes nas unidades de saúde.

Escalas de atendimento das equipes

As escalas referem-se aos locais onde são distribuídos os profissionais para atuarem diariamente nas unidades de saúde. Esses locais são: guichê onde os ACS recepcionam os usuários; teste rápido (HIV, Sífilis) realizado pelos enfermeiros, turno para atendimento nos consultórios. Em muitos cenários, essas solicitações partem da administração da unidade e não dos enfermeiros das equipes. Isso tem um reflexo negativo para as equipes que perdem a referência de uma liderança, visto que o enfermeiro é o coordenador da sua equipe.

As escalas tomam muito o nosso tempo que nós precisaríamos para ter um cuidado com mais tempo, assim a gente acaba atropelando tudo, a gente até faz, mas às vezes nem conclui coisas por causa disso, por conta do tempo, a escala é feita pelo administrativo da unidade. (Grupo 5)

As escalas não são organizadas de forma a permitir que os profissionais das equipes possam se organizar. Muitas vezes, os afazeres surgem no mesmo dia em que precisam ser executados e os trabalhadores acabam não tendo tempo de se organizarem para conseguir reordenar as tarefas do dia.

Os fluxos dificultam principalmente quando se impõe grupos, você não está a fim de participar, mas é obrigado, porque isso vai atrapalhar num DOTS, numa VD, não é planejada, chega e tem que fazer, tem que ir em outros órgãos, ir na creche fazer a pesagem e medir, fazer a escovação, ciclo de debates. (Grupo 6)

As equipes demonstraram preocupação em produzir cuidado integral para a população. Apesar das inúmeras atribuições, procuram adequar sua rotina de acordo com a necessidade de seus usuários. Reconheceram que muitos dos “problemas” desses indivíduos, não serão resolvidos somente com a realização de procedimentos ou condutas preestabelecidas. Para que se alcance um cuidado eficaz é necessário principalmente acolher e ouvir o usuário.

E para que as equipes da estratégia possam realmente ter ações eficazes no seu cotidiano, como, por exemplo, realizar a escuta, a gestão da unidade precisa ouvir a necessidade que as equipes encontram no seu território, de modo que possam pensar em conjunto uma forma de organização viável das escalas que permita atender a organização dos setores e a necessidade dos usuários.

O mais angustiante são essas escalas permanentes no nosso trabalho, permanente na clínica, isso desgasta. (Grupo 1)

Em algumas situações a rotina da unidade atrapalha o cuidado, às vezes a gente não tem o técnico de enfermagem mais próximo. (Grupo 4)

A necessidade de saúde para o usuário pode ser vista como um problema, mas nem sempre, devido às inúmeras atribuições que os profissionais têm, consegue ser base para se construir uma relação entre os serviços de saúde e os usuários. Dessa forma, o trabalho é visto somente como uma prática operacional e não há um processo recíproco de produção (MERHY, 2013a).

Ressalta-se que há uma rotina no trabalho com a organização de escalas. Mas é importante destacar que os enfermeiros de família precisam ter autonomia para realizar as escalas, visto que os mesmos têm o domínio sobre o processo de

trabalho de sua equipe e da necessidade de sua área que difere de acordo com cada microárea.

Problemas estruturais das unidades de saúde da família

Os profissionais apontaram, que os problemas estruturais existentes nas unidades de saúde, dificultam o cotidiano de trabalho das equipes. As unidades são pequenas e não suportam o contingente de profissionais, o que afeta o trabalho e o desempenho dos mesmos.

Nós tínhamos né nossa sala, que era nosso espaço, né, mas por conta das residências que chegaram, nós fomos chutados, chutados, ninguém pediu, chutado mesmo, tiraram essa sala para fazer de atendimento. (Grupo 1)

A estrutura das unidades de saúde causa grande desconforto nos profissionais que se sentem prejudicados por não terem um espaço para discutir os casos da área, realizar os registros das ações executadas, reuniões de equipe, sendo evidente a ênfase na prática assistencial, centrada no modelo biomédico.

A forma de estruturação das unidades básicas não se adequou aos objetivos que a ESF tem, pois não se valorizou espaços de convívio para as equipes que são fundamentais. Esses espaços que existem em algumas unidades, muitas vezes são divididos com o administrativo, a direção, o que inviabiliza esse processo de discussão das equipes.

A infraestrutura também é o que atrapalha mais, até a comunicação mesmo, a organização falta. (Grupo 4)

Outro item mencionado foi a escassez/insuficiência de alguns equipamentos, como, por exemplo, computadores que são utilizados para registro das informações no prontuário eletrônico. Apesar disso, as cobranças de atualização e alimentação dessas informações são frequentes, o que precariza ainda mais o trabalho das equipes.

Eu gosto de chegar cedo aqui porque eu sei que se eu não chegar cedo não vou encontrar um computador, e se eu não encontrar um computador, não vou conseguir lançar as minhas coisas, e se eu não lançar as minhas coisas aqui na hora da reunião eu vou ser cobrado por não ter lançado. (Grupo 2)

Então assim esse lançamento da gente, o material para a gente trabalhar, que é o computador a gente não tem, e não tem resposta, foi já várias vezes falado em reunião geral pedido, implorado, que a gente precisa de um espaço decente, para a gente pelo menos ter o nosso, um computador por equipe. (Grupo 1)

Por exemplo vocês têm que ir para a área fazer a ficha e hoje nós temos a otics que facilita o trabalho, se tivesse um tablet também facilitaria. (Grupo 3)

Algumas unidades da área contam com um espaço denominado Otics, que funciona como um espaço para reuniões e tem computadores. Quando não há atividades nesse espaço, os trabalhadores da unidade podem fazer uso do mesmo o que facilita o trabalho mencionado de registro. Mas essa é a realidade somente de três unidades de saúde da área da 2.1. Nas outras, existe somente uma sala dos agentes de saúde que tem um computador por equipe que é dividido com todos seus integrantes.

Deveria ser disponibilizado mais recursos para a gente fazer esse acompanhamento aqui e registrar do jeito que eles querem, um computador só eu acho que não é o suficiente, por mim eu queria aquele palmtop que eu já ia para a área, eu sento na porta do paciente e eu, na hora, não perderia isso. (Grupo 5)

Desse modo, os trabalhadores da saúde ficam desestimulados a realizar suas atividades. Além disso, há uma precarização dos vínculos de trabalho que levam a uma alta rotatividade dos profissionais, principalmente de enfermeiros e médicos, reforçada por uma má condição de trabalho (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

O próprio teste rápido que é feito no final do corredor, com um biombo, não tem uma sala, uma privacidade para o paciente, tem o biombo ali, mas tem gente que vai lá bota a cara, tá com o ouvido ligado. (Grupo 5)

Outro fato evidenciado pelas equipes foi a não realização das visitas domiciliares e de grupos de saúde devido às atividades na maior parte das vezes burocráticas, que são delegadas, principalmente aos enfermeiros e ACS. Nesse

sentido, há uma contradição, do que é considerado pela ESF como ações essenciais, que proporcionam a criação de vínculos com os usuários e a aproximação da equipe das suas reais necessidades que nem sempre são identificadas no consultório.

Padronização dos Protocolos

A questão da padronização é relevante e apontada nas falas como algo que não permite a realização do cuidado de forma integral, pois o usuário não é visto de forma individualizada, mas como um padrão preestabelecido de ações que devem ser cumpridas e executadas segundo metas e requisitos exigidos.

As equipes são cobradas de acordo com os itens do Contrato de Gestão e dos protocolos. Para que possam ter o alcance dessas metas, são estabelecidos critérios e tempo para esses atendimentos. Esses critérios são padronizados para todos os territórios o que causa e leva a um distanciamento das necessidades dos usuários.

A gente acaba não tendo tempo, a gente perde muito tempo, a gente não vai padronizar uma visita em trinta minutos, não tem como, uma casa a gente fica 20 na outra fica uma hora, tem casas que a gente fica quatro horas, porque as pessoas não param e você não quer ser indelicado e ir embora e você precisa escutar. (Grupo 5)

Os profissionais que integram as equipes são continuamente estimulados a atingirem metas e seguirem protocolos, o que precariza e pressiona o trabalho das equipes que, na maioria das vezes, não conseguem “dar conta” de produzir um cuidado considerando suas especificidades, incluindo as dificuldades do território, os condicionantes que determinam o aparecimento de agravos e a adesão e monitoramento dos usuários.

Então nós vamos estar com ele 24 horas, entende, é muito corrido, não tem como você cronometrar, você não trabalha de acordo, eu não tenho como fazer um atendimento, se o Saúde da Família te diz que você, tem que atender de 8 a 12 pessoas marcadas, mas você não consegue fazer isso, você atende de 12 a 20, e tem que ser feito em quantos minutos? Em trinta? Em trinta minutos você vai ter que preencher, todos aqueles campos, como você coloca isso? (Grupo 3)

A gestão acredita que para se alcançar uma boa prática nos serviços de saúde é necessário ditar regras, trabalhar conforme protocolos e estabelecer quais são as boas práticas para os profissionais. A gestão deveria considerar que o projeto para o cuidado também deve ser um projeto do próprio trabalhador (FRANCO, 2013).

O Saúde da Família já vem com uma linha né, um propósito, ele já te dá uma planilha de trabalho, ele te obriga a trabalhar com essa linha aí, e essa variável linda, a princípio ele te dá até uma numeração básica, assim, simbólica, que para a quantidade de pessoas existe uma quantidade de doença, ele já te dá isso, e não necessariamente, é assim, então a gente tem uma briga diária, no cotidiano da gente, não é normal. (Grupo 3)

A obrigatoriedade do cadastramento dos usuários também segue um padrão em que todos devem ser registrados. Em áreas com presença de violência, esse registro torna-se um grande desafio para os agentes de saúde, visto que estes devem criar vínculo na área, ganhar a confiança da população do território para tornarem-se facilitadores do processo de trabalho da equipe.

É você querer que a pessoa tenha um negócio padronizado para todos, o cara não quer e aí, não quer não quer, você não tem como obrigar, às vezes é só o tempo que vai fazer ele se aproximar daqui, às vezes, conhecer o espaço ver que outro já conseguiu, entendeu? (Grupo 1)

Outro item discutido foi o tempo de duração estipulado para as consultas que é padronizado. O encontro entre usuários e profissionais, que ocorre de maneira individual, torna-se mecânico. A determinação de metas de atendimento/tempo para as consultas prejudica o acolhimento das necessidades desse usuário na sua integralidade.

Sem contar que nem sempre, para consulta é só 30 minutos, né, tem consulta que a gente vai ver tá em mais de uma hora. (Grupo 3)

O ato de saúde não deve ser reduzido à execução de procedimentos com protocolos determinados e número de atendimentos por hora. Dessa forma, o usuário é dividido em uma variedade de atos técnicos que nem sempre tem resolutividade. O produto relacionado ao cuidado se reduz a práticas corporativistas

que visam a geração do alcance de resultados por meio da produção de procedimentos de forma mecanizada e padronizada (MERHY, 2013b).

Os profissionais das equipes demonstraram também um desapontamento, pois sua liberdade em produzir cuidado é prejudicada com as obrigações que surgem no cotidiano. É necessária autonomia do trabalhador na gestão desse cuidado para que possam acontecer no momento do seu encontro com o usuário, quando será determinado o seu processo de trabalho. A liberdade irá proporcionar o acolhimento e o estabelecimento de vínculos (FRANCO, 2013).

Atuação das equipes no território

O grande número de atendimentos foi apontado pelas equipes como um obstáculo para se atingir os objetivos propostos pela ESF, devido à sobrecarga de trabalho e responsabilidades desses profissionais. Os usuários são “fatiados” nos serviços de saúde que acabam concentrando o seu cuidado no uso de uma ciência hegemônica no lugar de se atender de forma individualizada, levando em consideração o processo terapêutico que deve ser traçado a partir do vínculo com quem se atende (CHAGAS; ABRAHÃO, 2017).

A questão relacionada ao tempo de atendimento para a quantidade de usuários se tornou constante nos grupos focais. Os profissionais demonstraram grande desgaste e desestímulo quando se referiram às fragilidades dos atendimentos prestados à população, já que possuem pouco tempo para realizar os atendimentos por turno.

Demanda espontânea, número muito grande de pessoas para atender, então é complicado atender bem, sabendo que em uma manhã tem trinta pessoas para você atender, sendo que não vão mostrar só um dedo, vão mostrar do fio do cabelo ao pé, que o filho é bandido, que o marido bebe. (Grupo 6)

No território, devido aos problemas/desigualdades sociais marcantes, as visitas domiciliares são complexas, realizadas sempre a pé devido aos becos que são extremamente estreitos onde somente uma pessoa consegue passar. Não existe pavimentação em certas áreas e o esgoto é aparente com presença de

inúmeros roedores. Nas falas, ficou explícita essa dificuldade quando afirmaram que precisam bater os pés para que os ratos possam se afastar.

A gente anda por cima de esgoto, a gente anda pelos becos, batendo os pés no chão pro rato poder fugir, senão ele morde, e assim gente. A gente tem que andar batendo os pés no chão, que é pro rato não morder a gente, e assim a gente segue, então você acaba achando aquilo, você faz no costume, você já vai fazendo. (Grupo 3)

Na Rocinha, o sistema de água e esgoto ainda é um grande desafio e se constitui em um grande problema de saúde pública. Existem valas que convergem para um antigo valão que ainda não foi modificado e recebe a maior parte do esgoto da favela e, quando chove, o mesmo transborda. Essas dificuldades para a implementação do saneamento básico em áreas de favelas é um dado histórico, da mesma forma que o acesso regular à água (PORTO et al., 2015).

A violência no território é outra questão relevante e que faz parte do cotidiano das equipes de saúde da Rocinha já que existe a presença do tráfico de drogas na região. Os profissionais se referiram a esse fato, mas afirmaram que não é um impedimento para a realização das visitas domiciliares, mas o cadastramento dos usuários torna-se difícil devido à necessidade de apresentação de documentos e quando há confronto torna-se impossível transitar na área.

A cobrança por meta de produção de visita domiciliar também é retratada nas falas, nem sempre as equipes têm uma abertura com a gestão da unidade para apontar os locais de dificuldade de acesso devido à violência. A Rocinha é um bairro muito extenso, nem sempre os confrontos que ocorrem em determinada área afetam o bairro como um todo, com isso a questão da violência deve ser tratada de maneira criteriosa para não colocar em risco nem os usuários nem os profissionais.

Ao mesmo tempo que a gente não tem dificuldade, a gente tem a dificuldade, de entrar, por mais que você diga que não tem. Todo mundo vai ter. (Grupo 3)

Aí eu não fui porque estava tendo guerra, mas não tem ninguém falando em guerra, não apareceu guerra nenhuma na televisão, não tem nada dizendo, que estava, vermelho, verde, amarelo, peraí, mas não é assim não. (Grupo 3)

Outra temática relevante que foi discutida nos grupos foi a importância da atuação/articulação dos outros níveis de atenção, para a concretização e efetividade de uma rede de atenção à saúde de forma integral. Mehry afirma que os médicos de família são vistos como uma panaceia, que podem resolver todas as questões de saúde como se fossem milagreiros, deixando de lado a importância das equipes multidisciplinares (MERHY, 2013c).

É o que eu acho até engraçado que é a questão centrada um pouco, às vezes, colocar como da equipe o médico, e na verdade o médico ele fica aqui pelo menos assim eu tô começando e fico aqui no consultório atendendo e na verdade você tem um efeito sobre a saúde muito maior em questões como foi falado educação, o tipo de emprego, salário, família envolta, enfim uma série de fatores que realmente eu acho que os ACS tem um poder, na verdade, não só um conhecimento, como uma influência muito maior. (Grupo 1)

Os encontros podem acontecer nas unidades de saúde e realizados dentro da própria equipe com o usuário como também podem ser praticados entre outras equipes e serviços levando a criação de uma rede que é capaz de realizar processos de desterritorialização e reterritorialização gerando processos de mudança, em que não só o conhecimento do médico é importante, mas a equipe e a rede são responsáveis pela produção do cuidado (FERREIRA et al., 2009).

Então têm alguns casos que seriam de pronto atendimento, a gente sabe que não seria de clínica da família, que seria de UPA, mas acaba vindo para cá e acaba sobrecarregando a clínica da família. (Grupo 4)

O usuário busca um serviço de saúde no qual se sinta protegido e o busca a partir da percepção que tem do que é ofertado criando muitas vezes a imagem do que os procedimentos são capazes. Esses fatores levam a uma demanda por esses procedimentos em detrimento de uma demanda por cuidado. Dessa forma, modos novos de agir com os usuários devem ser incentivados com objetivo de abrir espaços para práticas acolhedoras e de escuta que possibilitem maior vinculação dos usuários com os serviços da rede de saúde (FRANCO; MERHY, 2013).

Cobranças da micro e macro gestão

Os profissionais das equipes demonstraram que se sentem muito cobrados, como já foi referido em outros temas, pois precisam cumprir as metas que são estabelecidas pelo contrato de gestão do município. Além disso, há outras demandas internas comuns ao serviço que se originam de diferentes níveis hierárquicos.

Muitas vezes, o que é pensado como cuidado na prática, vem imposto por meio de Protocolos Clínicos estabelecidos a nível federal ou por meio de Contratos de Gestão com os municípios que têm por finalidade ações e metas focadas na cura e tratamento de doenças, sem levar em consideração as individualidades de cada usuário inserido em um território.

Os indicadores e protocolos são importantes como norteadores do cuidado, mas não para embasamento de todas as ações de saúde. É necessário o discernimento da gestão micro, nas unidades, e macro, nas coordenações de área, para que possibilitem uma maior autonomia das equipes e para que essas metas possam ter uma flexibilidade considerando a realidade daquele território.

Os profissionais de saúde não devem ser avaliados somente por meio de números é necessária análise mais ampla das questões que as equipes enfrentam no seu dia-a-dia e das características populacionais de sua área. Nem todos os territórios terão um número de gestantes para alcançar um indicador, podemos ter áreas onde o predomínio maior é de pessoas idosas ou áreas em que não seja viável transitar, como os territórios com presença intensa do tráfico.

A ausência de um planejamento da força de trabalho, que considera a saúde como uma indústria de doença, é um fator que leva a uma maior cobrança, considerando o número reduzido de profissionais, já que existe um vínculo empregatício precário. Isso pode ser utilizado como instrumento de controle político sobre as equipes de saúde da família (CARVALHO; SANTOS; CAMPOS, 2013).

Nesse sentido, os profissionais das equipes não conseguem visualizar se existe uma importância para as metas e a padronização dos procedimentos, já que não refletem a capacidade de exercer a integralidade do cuidado e ter um olhar

crítico sobre a situação de saúde do seu território. Referem-se às cobranças como se não tivessem a menor relação com o cuidado.

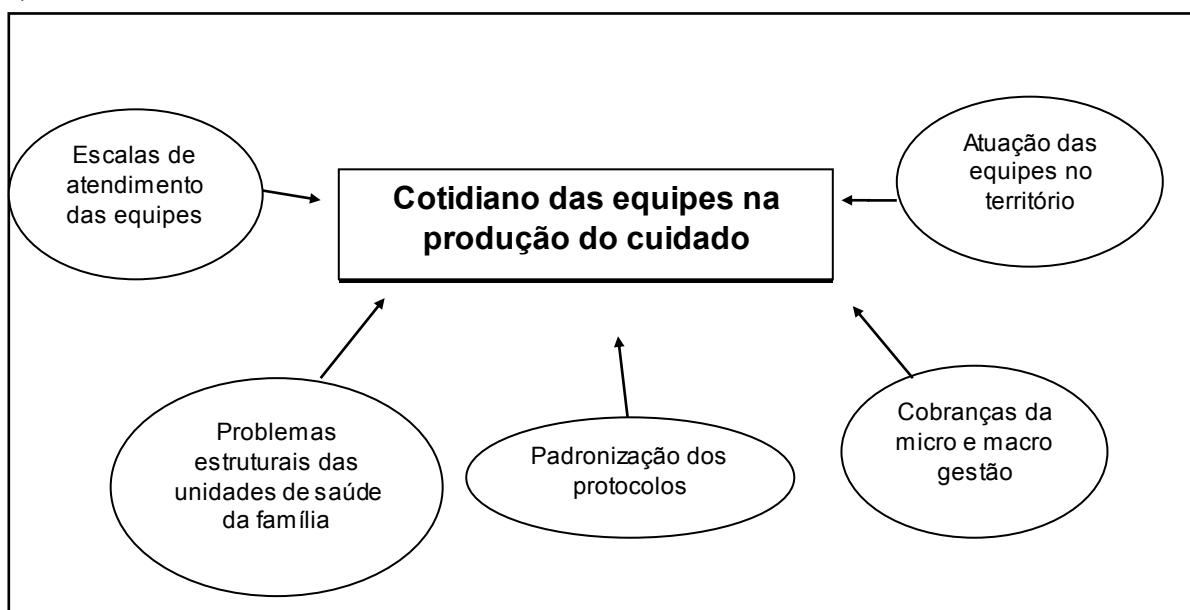
Eu acho que a gente é cobrado por bastante coisa, a gente é cobrado por números, bastante números, a gente é cobrado. (Grupo 3)

É evidente nas falas das equipes que os profissionais não são ouvidos. Ocorre um distanciamento entre o que é cobrado pela gestão e o que é e pode ser executado na prática. Merhy (2013a) afirma que é necessário escutar para ser gestor para que se construa um entendimento e uma vontade de cooperação para se atingir o compromisso institucional.

É cobrança de todos os níveis, não é só a gerência local, eu tenho uma CAP (coordenação da área programática), eu tenho um call-center, que fica mandando e-mail a todo o momento, então, assim, eu tenho cobranças que não é só o atendimento do paciente, porque se isso fosse o nosso maior problema, atender 3 mil pacientes, ia ser oh mamãozinho com açúcar, mas não é, porque essas chatices ou essas coisas que não dão certo e a gente precisa ficar pensando em soluções, em alternativas. (Grupo 3)

Abaixo apresento quadro que sintetiza a rede de temas “Cotidiano das equipes na produção do cuidado”:

QUADRO 2 - Rede de Temas II



CONSIDERAÇÕES FINAIS

A produção do cuidado pelas equipes de saúde da família na Rocinha é um grande desafio devido à complexidade do território que possui um grande contingente populacional, mas é também complexa por causa das questões relacionadas ao processo de trabalho. Existe uma precarização do trabalho desses profissionais de saúde, evidenciado pelo distanciamento entre a gestão e a prática que desestimula as equipes.

O cuidado é um ato significativo para os profissionais das equipes de Atenção Básica. É evidente a importância que os atos cuidadores têm e a responsabilidade que possuem perante seus usuários. A fala dos participantes da pesquisa foi bastante clara e expressou de maneira enfática o esforço de se estabelecer a produção do cuidado mesmo em um território com inúmeras discrepâncias sociais como a Rocinha.

A importância das tecnologias leves também foi bastante apontada para se produzir cuidado, sendo necessário escutar, acolher e vincular-se ao usuário para a construção do encontro que se dá de forma singularizada e é baseada na necessidade de cada usuário, desencadeando um projeto terapêutico singular.

Apoderar os usuários de informações é necessário e aparece como forma de se produzir o cuidado já que o objetivo dos profissionais de saúde deve ser autonomizar seus usuários de forma a não serem dependentes dos serviços de saúde, mas que possam contribuir de forma central na resolução de suas necessidades.

Práticas engessadas, excessivamente padronizadas, produzem afetamentos na relação trabalhador-usuário que deixa de ser singular, subjetiva e integral. Entender e produzir o cuidado na ótica da micropolítica requer aplicar as múltiplas dimensões presentes nas políticas públicas de saúde, que trazem para o real a singularidade dos muitos pontos de vista (gestores, profissionais, usuários) sem prejuízos e distorções do fazer saúde.

Os resultados desse estudo mostram que na micropolítica do processo de trabalho é notório o esforço das equipes para realizarem sua produção do cuidado

baseada nas necessidades dos usuários do seu território apesar das diversas dificuldades e atravessamentos na organização do cotidiano de trabalho.

Observou-se que a cobrança em relação ao cumprimento de metas e protocolos não leva em consideração o território das equipes, já que essas são as mesmas para qualquer território de atuação dentro do município do Rio de Janeiro.

Ressalta-se também a importância dos protocolos e indicadores de saúde como norteadores de práticas profissionais e para monitoramento/acompanhamento da gestão das unidades, porém é necessário que desenvolvam um olhar para além das propostas dos indicadores e protocolos de saúde.

As coordenações das áreas programáticas de saúde precisam estar integradas com o cotidiano das equipes de saúde da família, de forma a permitir o desenvolvimento das ações de saúde baseadas nas necessidades locais e não com exigências baseadas principalmente em números e indicadores.

Considerando os aspectos discutidos nesse estudo, ressalta-se a complexidade na atuação das equipes da ESF para se produzir um cuidado para além do aspecto da doença e pautado na promoção da saúde. Sendo assim, os protocolos e metas deveriam ter uma adequabilidade e ser exequíveis de acordo com as características de cada território para que pudessem auxiliar as equipes na produção do cuidado integral e equânime. Dessa forma, as ações de saúde poderão ir além do modelo biomédico mecanizado e burocrático e, assim, atender os fundamentos da Atenção Básica em Saúde, promovendo a produção de políticas saudáveis.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Marluce Maria Araújo. et al. *Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários*. Salvador: Ed UFBA, 2010.

ATTRIDE-STIRLING, Jennifer. *Thematic networks: an analytic tool for qualitative research*. SAGE Publications, Londres, v. 1, n. 3, p. 385-405, 2001.

BARATA, Rita Barradas. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal a saúde*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *As Cartas da Promoção da Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF: Senado, 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2016.

BRASIL. Portaria n. 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido

Pacto. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399>>. Acesso em: 30 de mar. 2016.

BRASIL. Portaria n. 2436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>>. Acesso em: 11 de nov. de 2017.

BENDER, Deborah. E.; EWBANK, Douglas. *The focus group as a tool for health research: issues in design and analysis. Health transition review*, Camberra, v. 4, n. 1, p. 63-80, mai. 1994.

CARVALHO, Manoela de; SANTOS, Nelson Rodrigues dos; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A construção do SUS e o planejamento da força de trabalho em saúde no Brasil: breve trajetória histórica. Saúde e Debate*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 98, p. 372-387, set. 2013.

CECCIM, Ricardo Burg; MERHY, Emerson Elias. *Um agir micropolítico e pedagógico intenso: a humanização entre laços e perspectivas. Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, São Paulo, v. 13, supl.1, p. 531-42, 2009.

CHAGAS, Magda de Souza; ABRAHAO, Ana Lúcia. *Care production in health team focused on living work: the existence of life on death territory. Interface*, Botucatu, 2017.

CISNEIROS, Verônica Galvão Freire; et al. Iniquidades e Exclusão Social em um PSF do município de Jaboatão dos Guararapes. *Rev APS*. v. 14, n. 3, p. 362-366, jul-set. 2011.

CORGOZINHO, Marcelo Moreira; OLIVEIRA, Aline Albuquerque Sant'Anna. Equidade em saúde como marco ético da bioética. *Revista Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 25, n. 2, p. 431-441, 2016.

CZERESNIA, Dina. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. & FREITAS, C. M. de. (Orgs.) *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes na área da saúde. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 389-394, 2011.

FERREIRA, Vitória Solange Coelho; et al. Processo de trabalho do agente comunitário de saúde e a reestruturação produtiva. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 898-906, 2009.

FRANCO, Túlio Batista. O trabalhador de saúde de saúde como potência: ensaio sobre a gestão do trabalho. In: FRANCO Túlio Batista; MERHY Emerson Elias. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 243-251.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim. *Cad. Saúde Pública*, Minas Gerais, v. 15, n. 1, p. 345-353, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: FRANCO Túlio Batista; MERHY Emerson Elias. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013. p. 199-212.

GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Determinantes sociais da saúde do idoso. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 123-133, 2012.

GIL, Célia Regina Rodrigues. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 22, n.6, p. 1171-1181, 2006.

MALTA, Deborah Carvalho; MERHY, Emerson Elias. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. Botucatu, Brasil. *Interface*, v. 14, n.34, 2010, pag.593-605.

MERHY, Emerson Elias. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2007a.

MERHY, Emerson Elias. Gestão da produção do cuidado e clínica do corpo sem órgãos: novos componentes dos processos de produção do cuidado em saúde. 2007b. Disponível em: <<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-25.pdf>>.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: Franco TE, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013a. p. 19-67.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições da análise do território tecnológico do trabalho vivo em ato em saúde para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. In: Franco TE, Merhy EE. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013b. p. 95-108.

MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: FRANCO, T.E, MERHY, E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013c. p. 68-94.

MERHY, Emerson Elias; FRANCO, Túlio Batista. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. In: FRANCO, T.E, MERHY, E.E. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2013d. p. 138-148.

MERHY, Emerson Elias; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (org.) *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 285.

MINAYO, Maria Cecília. *O Desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. 9. ed. rev e ampl. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAYO, Maria Cecília; DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade*. 26. edição. Rio de Janeiro: Vozes, 2007.

MONKEN, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas. *Cader. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

PRATA, Nina Isabel Soalheiro dos Santos; et al. Saúde Mental e atenção básica: território, violência e os desafios das abordagens psicossociais. *Trab. Educ. Saúde*, v. 15, n. 1, p. 33-53, 2017.

PORTO, Marcelo Firpo de Souza. et al. Saúde e ambiente na favela: reflexões para uma promoção emancipatória da saúde. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 123, p. 523-543, set. 2015.

ROSA, Walisete de Almeida Godinho; LABATE, Renata Curi. Programa Saúde da Família: a Construção de um novo modelo de assistência. *Rev. Latino Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 1027-1034, 2005.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. *Rev Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 387-406, 2011.

Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Superintendência de Atenção Primária. Guia de Referência Rápida. *Carteira de Serviços: Relação dos serviços prestados na Atenção Primária à Saúde*. Rio de Janeiro: SMS, 2016.

Secretaria Municipal de Saúde. Rio de Janeiro. Contrato de Gestão – Termo Aditivo 016/2016. Disponível em:< http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/188551/4176639/TA_RENOVACAO_016_2016.pdf>

SILVERMAN, David. *Interpretação de dados qualitativos: métodos para análise de entrevistas, textos e interações*. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

SIMÃO, Andreia Branco. *A Primeira Relação Sexual, o Primeiro Casamento e o Nascimento do Primeiro Filho: Um Estudo Quantitativo e Qualitativo de Duas Coortes De Mulheres em Belo Horizonte*. Tese (Doutorado) - Centro de Desenvolvimento e Planejamento Regional, Universidade de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

TOLLEY, Elizabeth E; et al. *Qualitative Methods in Public Health: A Field Guide for Applied Research*. 2. ed. San Francisco, California: WILEY. 2016.

TRAD, Leny A. Bomfim. Grupos focais: conceitos, procedimentos e reflexões baseadas na experiência com uso da técnica em pesquisas de saúde. *Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, Brasil., v. 19, n. 3, p. 777-796, 2009.

VIEIRA-DA-SILVA, Ligia Maria; FILHO, Naomar de Almeida. Equidade em saúde: uma análise crítica de conceitos. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, Brasil., 2009.

YAMAMURA, Mellina; et al. Tuberculose e iniquidade social em saúde: uma análise ecológica utilizando técnicas estatísticas multivariadas. *Rev. Panam Salud Publica*, São Paulo, v. 35, n. 4, p. 270-277, 2014.

APÊNDICE I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP-UNIRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

Título: As potencialidades e as fragilidades da produção do cuidado na Atenção Básica e suas relações com os determinantes sociais

- **OBJETIVOS DO ESTUDO:** Os objetivos deste projeto são o de Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF em território com iniquidades sociais; analisar a produção do cuidado na Atenção Básica e sua relação com os determinantes sociais da saúde.

ALTERNATIVA PARA PARTICIPAÇÃO NO ESTUDO: Você tem o direito de não participar deste estudo. Estamos coletando informações para a produção de dados acadêmicos sobre o tema produção do cuidado na Atenção Básica. Se você não quiser participar do estudo, isto não irá interferir na sua vida profissional.

PROCEDIMENTO DO ESTUDO: Se você decidir integrar este estudo, você participará de um grupo focal que durará aproximadamente 90 minutos.

GRAVAÇÃO EM ÁUDIO: Os grupos focais serão gravadas em áudio. As gravações serão ouvidas por mim e por uma entrevistadora experiente e serão marcadas com um número de identificação durante a gravação e seu nome não será utilizado. O documento que contém a informação sobre a correspondência entre números e nomes permanecerá trancado em um arquivo. As gravações serão utilizadas somente para coleta de dados. Se você não quiser ser gravado em áudio, você não poderá participar deste estudo.

RISCOS: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

BENEFÍCIOS: Sua entrevista ajudará na produção científica sobre o tema produção do cuidado na Atenção Básica, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

CONFIDENCIALIDADE: Como foi dito acima, seu nome não aparecerá nas gravações de áudio, bem como em nenhum formulário a ser preenchido por nós. Nenhuma publicação partindo destas entrevistas revelará os nomes de quaisquer participantes da pesquisa. Sem seu consentimento escrito, os pesquisadores não divulgarão nenhum dado de pesquisa no qual você seja identificado.

DÚVIDAS E RECLAMAÇÕES: Regina Cavalcante Agonigi é a pesquisadora principal e responsável pela pesquisa. A investigadora está disponível para responder a qualquer dúvida que você tenha. Caso seja necessário, contacte Regina Cavalcante Agonigi no telefone 988366814, ou o Comitê de Ética em Pesquisa, CEP-UNIRIO no telefone 2542-7796 ou e-mail [cep.unirio09@gmail](mailto:cep.unirio09@gmail.com), ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretária Municipal de Saúde – RJ, no telefone 2215-1485, endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16 – Sobreloja – Centro-RJ, ou no e-mail

cepsms@rio.rj.gov.br. Você terá uma via deste consentimento para guardar com você. Você fornecerá nome, endereço e telefone de contato apenas para que a equipe do estudo possa lhe contactar em caso de necessidade.

Eu concordo em participar deste estudo.

Assinatura:

Data: _____

Endereço _____

Telefone _____ de _____ contato

Assinatura (Pesquisador):

Nome: _____

Data: _____

APÊNDICE II – Instrumento de coleta de dados: Roteiro do Grupo Focal

- 1 - O que vocês entendem como cuidado em saúde?
- 2 - Como se desenvolve o trabalho da equipe? De que forma as ações são planejadas e organizadas pela equipe?
- 3 - Vocês acham que as condições sociais/econômicas influenciam a saúde da população atendida pela equipe? De que forma?
- 4 - Quais as potencialidades e/ou fragilidades para que o cuidado/ações na saúde da família seja realizado de forma integral?

APÊNDICE IV – Declaração de custo

Eu, Regina Cavalcante Agonigi, responsável pelo projeto, declaro para os devidos, que a pesquisa intitulada, **As potencialidades e as fragilidades da produção do cuidado na Atenção Básica e suas relações com os determinantes sociais**, sob minha responsabilidade, não irá gerar custo de qualquer natureza para a instituição envolvida, nem tampouco a qualquer participante.

Rio de Janeiro, 02 de janeiro de 2017

ANEXO I – Contrato de Gestão

PROCESSO
09/21/000.177/2014

**TERMO ADITIVO Nº 016/2016**

4º TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE GESTÃO Nº 019/2014, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE - SMS E A ORGANIZAÇÃO SOCIAL VIVA RIO, COM VISTAS AO APOIO, AO GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DA ÁREA DE PLANEJAMENTO 2.1 e UPA ROCINHA, NA FORMA ABAIXO:

Pelo presente instrumento, de um lado o Município de Rio de Janeiro, por intermédio da Secretaria Municipal da Saúde, com sede nesta cidade na Rua Afonso Cavalcante, nº 455, Bloco 01, 7º andar, sala 701, neste ato representado por seu Secretário Municipal de Saúde, **DANIEL RICARDO SORANZ PINTO**, brasileiro, médico, solteiro, portador da cédula de identidade nº 28.890.997-1, expedida pelo Detran, CPF nº 290.210.958-07, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado como Organização Social VIVA RIO, inscrita no CNPJ sob o número 00.343.941/0001-28, com endereço à Ladeira da Glória, 99, Glória - Rio de Janeiro/RJ, neste ato representada por **SEBASTIÃO CORREIA DOS SANTOS**, brasileiro, divorciado, radialista, portador da identidade da IFP-RJ 04562255-2 e do CPF Nº 463.219.347-04, doravante denominada **CONTRATADA**, selecionada através do processo administrativo nº 09/001.906/2014, tendo em vista o que dispõe o Decreto-Lei nº 7.508 de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei Federal 8080 de 19 de setembro de 1990, o Decreto Municipal nº 30.780 de dois de junho de 2009, que regulamenta a Lei Municipal nº 5026 de 19 de maio de 2009, bem como, o disposto no artigo 24, inciso XXIV, da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, **RESOLVEM** celebrar o presente Termo Aditivo ao **Contrato de Gestão nº 019/2014**, referente ao gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços das ações assistenciais e serviços de saúde na Área de Planejamento 2.1 e UPA Rocinha, mediante as seguintes cláusulas e condições:



1 / 1



PROCESSO
09/21/000.177/2014



B.3. PAGAMENTO DA PARTE VARIÁVEL - INDICADORES DE ACOMPANHAMENTO, AVALIAÇÃO E METAS

Nos últimos anos observa-se interesse crescente sobre pagamento por desempenho (*pay-for-performance* (P4P) ou "*value based purchasing*"), principalmente na Saúde da Família, e nos sistemas universais como o SUS. Esta proposta tem por objetivo acelerar a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

Os programas de pagamento por desempenho visam a melhoria da qualidade, premiando a excelência ao mesmo tempo em que promovem o aumento do acesso aos serviços de saúde.

A experiência portuguesa (Missão da Reforma de Cuidados Primários, 2002) tem permitido tirar conclusões positivas na aplicação desta estratégia, tendo-se verificado uma melhoria dos resultados no que se refere aos indicadores contratualizados, servindo de base conceitual para a metodologia de pagamento variável apresentada neste contrato de gestão.

B.3.1. ASPECTOS GERAIS

O quadro de indicadores deverá ser apresentado à CAP e à CTA através de relatórios emitidos diretamente do prontuário eletrônico, cujo layout do quadro síntese poderá vir a ser solicitado pela SMS ou pela CTA.

Todos os indicadores deverão ser gerados a partir do registro das informações no prontuário eletrônico. Por exemplo, para comprovar que uma pessoa está com calendário vacinal atualizado, não basta perguntar ao profissional se o calendário está atualizado, mas sim verificar a partir dos registros no prontuário eletrônico, de acordo com o calendário vacinal adotado pelo município.

O Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) deve disponibilizar relatórios gerenciais para todos os profissionais, de forma que os mesmos possam visualizar os indicadores de sua equipe e

[Handwritten signature]



PROCESSO
09/21/000.177/2014



compará-los com indicadores de qualquer outra equipe no município que utilize o mesmo prontuário. Esses indicadores da equipe deverão ser enviados de forma automatizada, por e-mail, pelo PEP, para cada profissional de saúde ao final do mês. Somente deverá ser considerado implantado o PEP naquelas equipes em que o envio dos indicadores esteja sendo mensalmente enviado por e-mail aos profissionais.

A qualquer momento a CAP, a CTA ou a SMS poderão solicitar a memória de cálculo que gerou os resultados dos indicadores, e realizar uma auditoria clínica para validar os resultados encontrados.

A parte variável do contrato de gestão está dividida em três partes:

- **Parte variável 01 – incentivo institucional à gestão do TEIAS.**
- **Parte variável 02 - incentivo Institucional à unidade de saúde.**
- **Parte variável 03 - incentivo à equipe de saúde da família e saúde bucal.**

B.3.2. PARTE VARIÁVEL 01—incentivo institucional à gestão do TEIAS;

A Parte Variável 01 tem como objetivo induzir boas práticas na gestão da OSS e alinhá-las às prioridades definidas pela SMS. Este recurso somente pode ser utilizado no objeto do Contrato de Gestão.

A **CONTRATANTE** solicitará à **CONTRATADA** a apresentação de relatórios contendo dados e informações relativas aos resultados assistenciais e qualidade dos serviços prestados, conforme Quadro 1.0 de Indicadores de Acompanhamento e Avaliação.

Para fazer jus aos recursos orçamentários da parte variável 01 com periodicidade trimestral, que correspondem a até 2% do percentual do valor referente à parcela fixa excluída o valor de investimento, a **CONTRATADA** deverá apresentar um relatório contendo os resultados dos indicadores pré-estabelecidos pela SMS-RJ, definidos no Quadro 1.0.

1..#



PROCESSO
09/21/000.177/2014



O valor está condicionado ao cumprimento do conjunto de metas estabelecidas para o respectivo trimestre.

Caso a OSS cumpra a totalidade das metas, a parte variável 01 deverá ser considerada na rubrica "Apoio a gestão do TEIAS – OSS", devendo a OSS apresentar à CAP o plano de aplicação deste valor.

A parte variável 01 pode ser dividida em três faixas de recursos orçamentários:

(i) cumprimento de 80 a 100% das metas implica em destinação do total de 2% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das equipes de saúde da família estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 1% do recurso.

(ii) cumprimento de 60 a 79% das metas implica em destinação do total de 1% dos recursos orçamentários pré-definidos a OSS, desde que 100% das ESF estejam completas (*). No caso de equipes incompletas, mesmo tendo 100% dos indicadores alcançados, a OSS fará jus somente a 0,5% do recurso.

(iii) cumprimento de menos de 60% das metas implica em não destinação do recurso à OSS.

(*) entende-se por equipe de saúde da família completa, em cada mês do período de análise, aquela que possuir **cadastrado no SCNES**, um médico 40h ou dois médicos 20h, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e o número mínimo de ACS definido pela CAP para cada território.

A avaliação do cumprimento do conjunto de metas estabelecidas será realizada trimestralmente pela Comissão Técnica de Acompanhamento – CTA, que é parte integrante da SMS–RJ, que se reúne periodicamente analisando os documentos entregues pela **CONTRATADA**, já mencionados anteriormente, ou efetuando análise de outros documentos ou até supervisão local, se julgar necessário.

 13 



PROCESSO
09/21/000.177/2014



Quadro 1.0 de indicadores da **PARTE VARIÁVEL 01**- incentivo institucional à gestão do TEIAS.

Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
1	Manutenção de comissões de prontuários nas unidades	Proporção de Unidades de Saúde da Família com comissões de prontuários mantidas	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com comissões com atividade mensal}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de unidades com equipes de Saúde da Família}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral (a partir do 7º mês de funcionamento da Unidade)	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade se existe comissão de prontuário, a periodicidade das reuniões e a ata das reuniões. Mínimo de reuniões para ser considerada ativa é de 1 reunião mensal.
2	Acompanhamento do cadastramento e atualização no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES)	Proporção de profissionais de saúde cadastrados no SCNES	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das equipes de ESF e ESB cadastrados no prontuário com correspondência no SCNES}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais das ESF e ESB cadastrados no prontuário}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP) + arquivo exportação do CNES	Trimestral	95%	Este indicador visa medir a percentagem de profissionais que estão atuando nas ESF e ESB e devidamente atualizados no SCNES. Para o numerador deve-se considerar correspondência de CNES e de código de equipe para os profissionais. Mensalmente as empresas de prontuário devem atualizar toda a base do SCNES enviada ao DATASUS (N). Deve-se comparar a proporção de profissionais cadastrados no PEP com aqueles devidamente registrados no CNES.
3	Estrutura para impressão de documentos assistenciais	Percentual de consultórios com impressora funcionando	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia com impressora disponível e funcionando nas unidades com apoio à gestão}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultórios de equipes de saúde da família, saúde bucal e farmácia nas unidades com apoio à gestão}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente se todos os consultórios de equipes de saúde da família (considerando salas temáticas), saúde bucal e farmácia apresentam impressoras disponíveis e funcionando no período.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



4	Abastecimento regular das unidades	Proporção de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente	(N) Nº de unidades de saúde com declaração que estão regularmente abastecidas pelo diretor/gerente $\times 100$ (D) Nº de unidades recebendo apoio a gestão	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade mensalmente o abastecimento dos insumos e equipamentos de atribuição da OSS (excluem-se os medicamentos) está regular em percentagem de itens padronizados. A avaliação é a mediada 3 meses.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
5	Descentralização do fornecimento de medicamentos controlados	Proporção de unidades que realizam o fornecimento de medicamentos controlados.	(N) Nº de unidades com apoio à gestão que realizam o fornecimento registrado pelo prontuário $\times 100$ (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	O prontuário deve gerar por mês a quantidade de itens de medicamento controlado distribuídos por unidade. Considera-se que a unidade dispensa medicamento controlado se houver registro regular de dispensação deste item no prontuário. Deve permitir detalhar a lista de pacientes que recebem o insumo.
6	Regularidade no envio da produção (BPA, SISAB, OSINFO)	Proporção de unidades que informaram em dia.	(N) Nº de unidades com comprovação de envio de arquivos válidos pelo PEP $\times 100$ (D) Nº total de unidades com apoio à gestão na área	Protocolo de envio pelo Prontuário Eletrônico (PEP) + declaração da DICA	Trimestral	100%	O calendário de envio para o SISAB e SIA deverá seguir o pactuado com CAP e SMS. O Painel OS INFO deve ser informado conforme regulamentação da S/SUBG/CCGOS. O prontuário deve gerar relação das unidades com a data e a competência de envio nos três meses em análise.
7	Regularidade no envio dos indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SISAB e SIA aos profissionais das equipes	Proporção de profissionais da ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3) de sua unidade, SIA e SISAB	(N) Nº de profissionais das ESF e ESB que receberam mensalmente por e-mail pelo PEP o resultado de indicadores de desempenho (variáveis 2 e 3), SIA e SISAB de sua unidade $\times 100$ (D) Nº total de profissionais de ESF e ESB na área	Protocolo de envio de e-mail pelo Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	Todos os profissionais das equipes devem receber mensalmente por e-mail, automaticamente a partir do prontuário o resultado dos indicadores de desempenho, SIA e SISAB. O prontuário deve gerar uma relação de todos os profissionais de saúde por unidade e por equipe com a data de envio automático dos indicadores por e-mail, o e-mail de cada um deles e o cargo dos mesmos.

[Handwritten signature]
15



PROCESSO
09/21/000.177/2014



8	Relação do gasto administrativo em relação ao total de gastos	Razão de gasto administrativo em relação ao total do gasto	(N) Valor gasto com a rubrica gestão TEIAS-OSS no trimestre (D) Teto do valor para a rubrica gestão do TEIAS-OSS no trimestre	Prestação de contas	Trimestral	≤ 1	Avaliação da eficiência da gestão, considerando a média de três meses
9	Compra de itens abaixo do valor médio do banco de preços em saúde do MS ou da SMS	Proporção de itens adquiridos com valor abaixo da média do banco de preços do MS ou SMS	(N) Total de itens comprados abaixo da média de preços (D) Total de itens adquiridos	Prestação de contas	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão. Apresentação da curva ABC para os 300 principais itens. DECRETO RIO Nº 41.208 DE 18/01/2016
Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
10	Qualidade dos itens fornecidos e dos serviços contratados	Proporção de gerentes que consideraram de boa qualidade os itens adquiridos e os serviços prestados.	(N) Nº de itens fornecidos e serviços prestados avaliados com boa qualidade no período de análise (D) Total de itens e serviços prestados avaliados no período de análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	95%	Eficiência das aquisições e uso adequado dos recursos do projeto de acordo com itens preestabelecidos em lista padrão.
11	Proporção de cura de tuberculose	Proporção de casos de tuberculose encerrados como cura no período	(N) Nº de casos novos de Tuberculose encerrados como cura na área no período em análise (D) Nº total de casos novos de Tuberculose encerrados na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	85%	O alcance da meta deste indicador será somente se considerado 90% dos casos com diagnóstico de tuberculose > ou = 12 meses estiverem encerrados com o respectivo motivo do encerramento registrado no PEP. O prontuário deverá permitir a extração da lista nominal dos casos com diagnóstico de TB com a respectiva data e motivo de encerramento.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



12	Acompanhamento de Sífilis na Gestação	Proporção de Notificações de Sífilis na Gestação com tratamento adequado	(N) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação com tratamento adequado no período em análise $\times 100$ (D) Nº de gestantes residentes na abrangência das equipes notificadas para Sífilis na Gestação no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	90%	a) Considera-se tratamento ADEQUADO: 1) prescrição adequada para o tipo de sífilis (primária, secundária, latente); E 2) Tratamento do parceiro; E 3) Tratamento realizado antes de 30 dias da data do parto; b) Para atingir o indicador deve-se fazer o diagnóstico precocemente (importância do teste rápido) e tratar o parceiro; c) Considera-se também casos de gestantes residentes na área das equipes notificadas na maternidade. Para isso, havendo inconsistências nessas notificações é possível a correção na base do SINAN, desde que a equipe fique atenta e comprove que o tratamento foi adequado.
13	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas	Proporção de gestantes com 7 ou mais consultas de pré-natal registradas no PEP	(N) Nº de mulheres que encerraram o pré-natal com 7 ou mais consultas (médico e/ou enfermeiro) na área no período em análise $\times 100$ (D) Nº total de mulheres que encerraram o pré-natal na área no período em análise	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	80%	Considerar todos os registros de consultas de pré-natal do médico e/ou do enfermeiro na linha de cuidado.
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade avaliação	Meta	Observação
14	Proporção de cadastros definitivos com número único (CPF) para pessoas com 16 anos ou mais	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com 16 anos ou mais	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo CPF para pessoas com 16 anos ou mais $\times 100$ (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com 16 anos ou mais	PEP	Trimestral	90%	
15	Proporção de cadastros definitivos com número único (DNV ou CPF) para pessoas menores de 16 anos	Proporção de cadastros definitivos com número único em relação ao total de cadastros para pessoas com menos de 16 anos	(N) Nº de pessoas cadastradas no PEP com preenchimento do campo DNV ou CPF para pessoas com menos de 16 anos $\times 100$ (D) Nº total de pessoas cadastradas no PEP com menos de 16 anos	PEP	Trimestral	90%	

[Assinatura]

17 *[Assinatura]*



PROCESSO
09/21/000.177/2014



16	Rotatividade de profissionais nas equipes	Rotatividade (turnover) de profissionais nas equipes de saúde da família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de profissionais substituídos} + \text{N}^\circ \text{ de profissionais admitidos}}{2}$ $\frac{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de profissionais ativos no período}}{}$	CNES	Trimestral	<ou= 5%	Forma clássica de cálculo do turnover: número de demissões mais número de admissões/2 dividido pelo número de funcionários ativos. 1) consideram-se apenas os profissionais da equipe mínima de ESF e ESB. 2) para substituição consideram-se demissões, transferências e substituições por licença.
17	Proporção de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca com condicionalidades acompanhadas	Número de crianças e gestantes beneficiárias do Cartão Família Carioca (CFC) acompanhadas no período	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC acompanhadas}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos e gestantes beneficiárias do CFC}}$	Portal Bolsa Família / SUBPAV	Trimestral		Meta: Janeiro/Julho – 20%, Fevereiro/Agosto – 30%, Março/Setembro – 40%, Abril/Outubro – 60%, Maio/Novembro – 80%, Junho/Dezembro – 90%
18	Percentual de escolas e creches no território de referência da Unidade de Saúde com no mínimo uma atividade de promoção, prevenção ou assistência.	Proporção de escolas e creches cobertas na área da Unidade de Saúde de referência.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de escolas que receberam no mínimo uma ação de saúde no período}}{(D) \text{ Total de escolas da área}} \times 100$	PEP	Mensal (considerar apenas meses letivos das escolas)	90%	O prontuário deve permitir ao gerente/diretor registrar no módulo de cadastro da unidade as escolas e creches públicas na área de abrangência com informações como INEP, Endereço, Nome do estabelecimento, número de alunos. Cada equipe de SF e SB deve registrar as atividades realizadas a partir desse cadastro realizado. Nos meses não letivos das escolas, não considerar o mês em questão.
19	Desempenho assistencial	Proporção de famílias com entrega de kits de higiene oral dentre as famílias beneficiárias do programa Bolsa Família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF com kits individuais entregues para todos os seus membros pelos ACS ou ESB}}{(D) \text{ Total de famílias beneficiárias do BF cadastradas na área da ESF}}$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	100%	

Estes indicadores deverão ser disponibilizados pela **CONTRATADA** no Painel de Gestão das Parcerias com Organizações Sociais – OS INFO.

No decorrer do Plano de Trabalho, caso algum Sistema de Informação oficial do Ministério da Saúde ou da SMS – Rio de Janeiro, venha a ser alterado, o mesmo deverá acontecer em relação as “Fontes” descritas nos Eixos 1 a 6 para cada indicador, tendo a OSS que proceder a mudança no mês seguinte a esta alteração.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



No caso de surto ou situação de emergência em saúde pública, outros indicadores e estatísticas de doenças de notificação compulsória serão incluídos para acompanhamento.

Ao final de 12 meses de acompanhamento, a SMS-RIO, juntamente com a OSS, deverá rever estes indicadores, com o objetivo de aperfeiçoar o monitoramento proposto, de acordo com as recomendações das diretrizes e princípios do Sistema Único de Saúde – SUS.

B.3.3. PARTE VARIÁVEL 02

O cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada unidade de atenção primária destinará um valor trimestral preestabelecido segundo o número de equipes, a ser aplicado na própria unidade de atenção primária. O valor é de até R\$ 3.000,00/trimestre por equipe de saúde da família, observado o limite de 1% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no "Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas". O valor mensal pago para cada unidade de atenção primária a título de bônus premial, referente à variável 2, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo apurado no período, e, o limite de 1% da parcela fixa do trimestre previsto no "Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas".

Para a obtenção do repasse dos recursos da Parte Variável 2 pelas Unidades de Saúde, deverão ser cumpridas 2 (duas) condicionais:

1) Do atingimento das metas pelas Equipes de Saúde da Família:

- Cumprimento das metas de 0 a 11 indicadores pelas equipes da unidade, não será repassado nenhum valor.
- Cumprimento das metas de 12 a 16 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 50% do valor do trimestre (até R\$ 1.500,00 Reais por equipe);
- Cumprimento das metas de 17 a 21 indicadores pelas equipes da unidade, será repassado 100% do valor do trimestre (até R\$ 3.000,00 Reais por equipe).

Exemplos: uma unidade com três equipes de saúde da família em que todas essas equipes tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, será repassado à unidade 3 x R\$ 3.000,00 Reais= R\$ 9.000,00 no trimestre; uma unidade com 5 equipes em que quatro tenham cumprido a



PROCESSO
09/21/000.177/2014



meta de 17 a 21 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 12 a 16 indicadores, será repassado à unidade 5 x R\$ 1.500,00 Reais no trimestre; uma unidade com 4 equipes em que duas tenham cumprido a meta de 17 a 21 indicadores, uma equipe cumprido a meta de 12 a 16 indicadores e uma tenha cumprido a meta de 0 a 11 indicadores, não será repassado nenhum valor à unidade.

2) Da completude das Fichas de Cadastro do Prontuário Eletrônico (PEP):

O percentual mínimo de Fichas de Cadastro Individual e Domiciliar com todos os campos preenchidos no PEP é de 90%, em cada um dos meses do trimestre. Somente se este percentual for atingido nos três meses do trimestre, as unidades que atingiram as metas de 17 a 21 indicadores terão 100% do repasse. Se não houver 90% de completude das Fichas de Cadastro, o repasse cairá para 50%. Da mesma forma, as unidades que atingiram as metas de 12 a 16 indicadores só receberão 50% do repasse se a completude das Fichas de Cadastro for de 90% ou mais. Caso seja menor que 90%, o repasse será de apenas 25%.

*Os prontuários eletrônicos deverão fornecer relatório com o percentual de fichas de cadastro com todos os campos preenchidos.

A matriz de indicadores a ser utilizada na contratualização da parte variável 02 é constituída por 21 indicadores agrupados em quatro grandes áreas: **acesso, desempenho assistencial, qualidade percebida e desempenho econômico**, conforme Quadro 02 a seguir.

Quadro 02 - Indicadores da **Parte variável 02** -incentivo à qualificação das unidades de saúde

A) Acesso

- A1. Percentagem de consultas ao paciente realizadas pelo seu próprio médico de família.
- A2. Percentagem demanda espontânea em relação ao total de atendimentos.
- A3. Taxa de visitas domiciliares por 1.000 inscritos.
- A4. Taxa de grupos educativos por 1.000 inscritos.
- A5. Proporção de itens da carteira de serviço implementados.
- A6. Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



A7. Cobertura de primeira consulta odontológica programática.

D) Desempenho Assistencial

- D1. Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos.
- D2. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 1 com médico e 1 com enfermeiro, registradas nos últimos doze meses.
- D3. Percentagem de pessoas cadastradas com diagnóstico hipertensão, com registro de pelo menos 1 consulta médica e 1 consulta de enfermagem no período de 12 meses.
- D4. Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D5. Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado.
- D6. Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez.
- D7. Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até aos 15 dias de vida.
- D8. Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas.
- D9. Percentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima no resultado do PMAQ.

S) Qualidade Percebida

- S1. Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos.

21/11/14



PROCESSO
09/21/000.177/2014



E) Desempenho econômico

E1. Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário.

E2. Percentual de medicamentos prescritos da REMUME.

E3. Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos.

E4. Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG.

B.3.3.1. QUADRO DE PARÂMETROS DE VALORES DE METAS 1º ANO DE CONTRATO (parte variável 02).

A seguir estão descritos os valores de parâmetro para as metas dos indicadores da Parte Variável 02.

INDICADORES DE ACESSO

Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A1	Acesso	Percentagem de consultas ao paciente pelo seu próprio médico de família	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe pelo próprio médico da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ de consultas médicas realizadas a pacientes da equipe na unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	70% a 95%
A2	Acesso	Percentagem de demanda espontânea em relação ao total de atendimentos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ consultas realizadas sem agendamento prévio (demanda espontânea) por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas realizadas por médicos, enfermeiros e dentistas da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 40%, Máximo 80%



PROCESSO
09/21/000.177/2014



A3	Acesso	Taxa de visitas domiciliares	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de visitas domiciliares realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CDs, ASB, TSB)}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 300/1.000 (sem SB) ou 320/1.000 (com SB)
A4	Acesso	Taxa de grupos educativos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de atividades educativas em grupo realizadas pela equipe em 3 meses (médicos, enfermeiros, técnico de enfermagem, ACS, CD, ASB, TSB)}}{(D) \text{ Total de cadastrados na área da equipe}} \times 1.000$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 6/1.000 (sem SB) ou 12/1.000 (com SB)
A5	Acesso	Proporção de itens da Carteira de Serviços implementados	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens da carteira de serviços implementados pela equipe de SF e SB}}{(D) \text{ Total de ações da carteira de serviços}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
A6	Acesso	Percentagem de consultas agendadas não presencialmente, por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas da ESF e ESB) agendadas por telefone, e-mail ou plataforma web do prontuário eletrônico}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de consultas (médicos, enfermeiros e dentistas) agendadas no mês pelas ESF e ESB da unidade}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 10%
A7	Acesso	Cobertura de primeira consulta odontológica programática	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de primeiras consultas odontológicas programáticas realizadas nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ População cadastrada na área da unidade} \times (\text{N}^\circ \text{ de ESB} + \text{N}^\circ \text{ de ESF})} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	≥ 3%



PROCESSO
09/21/000.177/2014



INDICADORES DE DESEMPENHO ASSISTENCIAL

Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D1	Desempenho assistencial	Percentagem de mulheres entre os 25 e 64 anos com colpocitologia registrado nos últimos 3 anos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de mulheres entre 25 e 64 anos pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de colpocitologia do colo uterino nos últimos 3 anos}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de mulheres entre 25 e 64 anos cadastradas no PEP residentes na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D2	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas com diagnóstico de diabetes com pelo menos duas consultas, sendo 01 com médico E 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes na área de abrangência da equipe com pelo menos duas consultas, 01 com médico e 01 com enfermeiro, registradas nos últimos 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de diabetes cadastradas na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
Nº.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D3	Desempenho assistencial	Percentual de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão com registro de pelo menos 01 consulta médica e 01 de enfermagem no período de 12 meses.	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe com pelo menos 01 consulta médica E 01 de enfermagem no período de 12 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pessoas cadastradas com diagnóstico de hipertensão na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 70%
D4	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 2 anos com cartão de vacinas atualizado	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de crianças até 2 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de crianças até 2 anos cadastrados na área de abrangência da equipe}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%



PROCESSO
09/21/000.177/2014



D5	Desempenho assistencial	Percentual de crianças de até 6 anos com cartão de vacinas atualizado	(N) N° de crianças até 6 anos pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de todas as vacinas do calendário vacinal em dia $\frac{\text{N}}{\text{D}} \times 100$ (D) N° total de crianças até 6 anos cadastrados na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D6	Desempenho assistencial	Percentual de consultas de pré-natal no primeiro trimestre de gravidez	(N) N° de gestantes com pré natal encerrado no trimestre pertencentes a área de abrangência da equipe com registro de consulta no primeiro trimestre de gravidez $\frac{\text{N}}{\text{D}} \times 100$ (D) N° total de gestantes cadastradas na área de abrangência da equipe com pré-natal encerrado no trimestre	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
D7	Desempenho assistencial	Percentual de primeiras consultas de puericultura efetuadas até 15 dias de vida	(N) N° de crianças que completaram 3 meses no período em análise pertencentes a área de abrangência da equipe cadastradas com registro de 1ª consulta realizada até 15 dias de vida $\frac{\text{N}}{\text{D}} \times 100$ (D) N° total de crianças que completaram 3 meses no período em análise cadastradas na área de abrangência da equipe	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%
N°.	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
D8	Desempenho assistencial	Razão entre tratamentos concluídos e primeiras consultas odontológicas programáticas	(N) N° de tratamentos concluídos pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses (D) N° de consultas odontológicas programáticas pelo cirurgião dentista da equipe de SB nos últimos 12 meses	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	$\geq 0,6$
D9	Desempenho das ESF no PMAQ	Porcentagem das equipes de Saúde da Família com desempenho acima da média ou muito acima da média no resultado do PMAQ	(N) N° de equipes de Saúde da Família com resultado Acima da Média e Muito acima da média $\frac{\text{N}}{\text{D}} \times 100$ (D) Número total de ESF da unidade de saúde	Relatório de resultados PMAQ (**)	Trimestral	Mínimo 80%

[Handwritten signature]
25



PROCESSO
09/21/000.177/2014



(**) Para a contabilização do número de equipes de Saúde da Família de cada unidade será considerada a quantidade de equipes de saúde da família no CNES, do último mês de referência definido pelo Ministério da Saúde como a competência para a adesão ao ciclo do PMAQ em análise. Por exemplo, no segundo ciclo, maio de 2013 foi o último mês de competência definido pelo Ministério da Saúde. Com isso o número de equipes de saúde da família da unidade deve considerar este mês. As novas equipes implantadas, após esta data, não serão contabilizadas no numerador e no denominador. Cada ciclo do PMAQ tem duração entre 18 e 24 meses. Uma vez divulgado pelo Ministério da Saúde o resultado no 2º ciclo do PMAQ, a unidade de saúde pontuará este indicador até serem publicados os resultados do 3º ciclo e assim sucessivamente. No terceiro ciclo, devido às mudanças no edital do PMAQ, as faixas de desempenho consideradas para o alcance deste indicador serão Ótimo e Muito Bom.

INDICADOR DE QUALIDADE PERCEBIDA

Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
S1	Qualidade Percebida	Percentagem de usuários satisfeitos/muito satisfeitos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de usuários satisfeitos/muito satisfeitos atendidos na unidade de saúde}}{(D) \text{ Total de usuários que preencheram o registro de satisfação no período em análise}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 80%

INDICADORES DE DESEMPENHO ECONÔMICO

Nº	Ação	Indicadores	Fórmula de cálculo	Fonte	Periodicidade	Meta
E1	Desempenho econômico	Custo médio de serviços de apoio diagnóstico e terapia (incluindo medicamentos REMUME) previstos por usuário	$\frac{(N) \text{ Somatório do valor dos exames de SADT e medicamentos REMUME solicitados pelos médicos de cada equipe (fonte valores tabela SIGTAP) no trimestre avaliado}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de usuários atendidos pelos médicos de cada equipe no trimestre avaliado}}$	Prontuário Eletrônico (PEP) (Tabela SIGTAP como parâmetro)	Trimestral (a partir do 4º mês da Clínica)	Máximo R\$41,80
E2	Desempenho econômico	Percentual de medicamentos prescritos da REMUME	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de itens diferentes de medicamentos pertencentes a REMUME prescritos pelos médicos de cada equipe nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de itens diferentes de medicamentos prescritos pelos médicos de cada equipe últimos 3 meses}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Mínimo 90%



PROCESSO
09/21/000.177/2014



E3	Desempenho econômico	Percentual de pacientes encaminhados em relação ao número de pacientes atendidos	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses e que foram encaminhados a algum serviço/especialidade}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes atendidos pelo médico de cada equipe (pacientes da área e fora de área) nos últimos 3 meses}} \times 100$	Prontuário Eletrônico (PEP)	Trimestral	Máximo 20%
E4	Desempenho econômico	Percentual de absenteísmo nas consultas/procedimentos agendados no SISREG	$\frac{(N) \text{ N}^\circ \text{ de pacientes que faltaram a consulta especializada ou a realização de exame complementar pertencentes à área de abrangência da equipe, nos últimos 3 meses}}{(D) \text{ N}^\circ \text{ total de pacientes agendados para exames ou encaminhamentos especialistas no SISREG (para consultas ou exames) pertencentes à área de abrangência da equipe nos últimos 3 meses}} \times 100$	SISREG(***)	Trimestral	Máximo 30%

(***) A fonte deste indicador permite extração do resultado por unidade, desta forma, será considerado o mesmo resultado para cada equipe da unidade, ou seja, uma unidade com 4 equipes que apresentou resultado de 25% no SISREG terá para cada equipe o resultado de 25%. Este indicador não será considerado para unidades tipo B.

B.3.3.2. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM A UNIDADE DE SAÚDE (Parte Variável 02).

A definição das metas, a partir do 2º ano de contrato com as OSS depende da pactuação a ser efetuada entre a unidade e a CAP e deverá levar em consideração o comportamento dos indicadores na própria unidade. As metas deverão ser definidas em função do número de meses previstos de funcionamento da unidade com saúde da família para o ano – será apenas considerado o número de meses completos de atividade.

No primeiro ano do contrato de gestão a SMS definirá as metas, que servirão, junto com a série histórica dos indicadores por equipe de saúde da família, para a pactuação que deverá ser feita

[Assinatura] 27 *[Assinatura]*



PROCESSO
09/21/000.177/2014



entre a CAP e cada equipe de saúde da família. Esta pactuação deverá ser realizada por escrito, equipe a equipe, em forma de contrato de gestão celebrado entre ambas as partes.

Nos indicadores de eficiência, uma vez que ainda existem limitações nos sistemas de informação de suporte ao processo de contratualização para o primeiro ano do contrato de gestão, estes serão contratualizados apenas em relação aos medicamentos e meios complementares de diagnóstico e terapêutica disponíveis pelo SUS, considerando-se o preço de compra pela SMS.

B.3.3.3. MONITORAMENTO DOS INDICADORES (PARTE VARIÁVEL 02).

O monitoramento **dos indicadores** deverá ser feito trimestralmente, de forma automatizada e referendada pelo diretor/gerente da unidade.

As OSS devem enviar trimestralmente mapas de acompanhamento a CTA e a unidade. Sempre que existam incongruências entre os dados da OSS e da unidade, e não sejam apurados os motivos de discordância, os dados registrados devem ser auditados pela CAP.

Os indicadores que avaliam a satisfação dos usuários e dos profissionais pressupõem a **aplicação de questionários** – modelo definido pela SUBPAV / SMS, de modo a permitir comparações entre as APs. O indicador final que medirá a satisfação dos usuários será oriundo de um *casemix* preestabelecido pela SMS.

A unidade deverá elaborar um relatório de atividades que indique o compromisso assistencial realizado em relação ao contratualizado e remete-lo a CAP. No relatório deverão estar explicitas as razões pelas quais algumas metas possam não ter sido alcançadas, ou os motivos que levaram à superação das metas previstas.

A unidade de saúde deverá colaborar com todo o trabalho relacionado à realização de **auditorias e ações de acompanhamento** que venham a ser determinadas pela SMS ou pelo Ministério da Saúde.

/.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



As unidades que tenham direito ao Incentivo Institucional (parte variável 02) deverão elaborar um **Plano para a Aplicação do Incentivo**, sendo submetido a CAP para validação.

Caberá às CTAs aprovar o Plano de Aplicação de Incentivos (parte variável 02), garantindo assim a destinação orçamentária para o valor em questão. Caso o Plano de Aplicação de Incentivos não vá ao encontro da estratégia local de saúde definida pela CAP, esta deverá negociar com a unidade de saúde, dentro dos prazos previstos, as alterações necessárias no referido plano.

O Plano de Aplicação dos Incentivos deverá traduzir-se, nomeadamente, na distribuição de informação técnica, na participação em conferências, simpósios, colóquios e seminários sobre matérias de diferentes atividades da carteira de serviços da unidade, no apoio à investigação ou no aumento das amenidades de exercício de funções da equipe multiprofissional.

B.3.3.4. ORIENTAÇÕES PARA PAGAMENTO POR PERFORMANCE QUANTO À QUALIDADE PERCEBIDA / SATISFAÇÃO DO USUÁRIO

A qualidade percebida é um dos indicadores que compõem a **Variável 02** do Pagamento por Performance.

- Para o registro da satisfação, deve-se utilizar questionário padrão definido pela SMS. O podendo ser em totem com que facilite a visualização e a coleta das informações;
- Os usuários poderão registrar satisfação apenas uma vez para cada motivo de procura à unidade de saúde e apenas **no mesmo dia do atendimento e com identificação de CPF**;
- Não se deve induzir ou sugerir uma resposta aos usuários;
- O prontuário eletrônico deve gerar um relatório nominal de pessoas que registraram a informação de satisfação dos usuários contendo as seguintes informações:

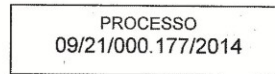
NOME DO USUÁRIO;

EQUIPE DE SAÚDE;

DATA DO REGISTRO;

HORA DO REGISTRO;

29/10/14



MOTIVO DO ATENDIMENTO;

- A Coordenadoria Geral de Atenção Primária deve fazer aleatoriamente uma auditoria com amostra de usuários que tiverem as respostas preenchidas para validação dos dados e detectar casos de abusos ou de fraude nos dados;

B.3.4. PARTE VARIÁVEL 03

A variável 3 consiste em um recurso pago trimestralmente tendo como valor de referência o salário base de cada profissional, sob a forma de Unidades Contábeis (UC). Cada equipe terá como limite mínimo para receber o incentivo, 60 UCs no trimestre, no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O limite máximo de UC por trimestre é de até 300 UCs, o que corresponde a até 10% da soma dos salários base do trimestre (o que equivale a 10% do salário mensal), observado o limite de 2% da parcela fixa, excluído o valor do investimento, do trimestre previsto no "Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas". O valor mensal pago aos profissionais a título de bônus premial, referente à variável 3, deverá respeitar a proporcionalidade do valor máximo de UCs apurado no período, e, o limite de 2% da parcela fixa do trimestre previsto no "Anexo Técnico E – Cronograma de Desembolso e Metas Físicas".

A quantidade de UC a ser repassada está condicionada ao cumprimento de indicadores específicos relacionados a cada equipe de saúde da família e saúde bucal.

Os Cuidados de Saúde Primários (CSP) são o pilar central do sistema de saúde. Os centros de saúde com equipes de saúde da família e saúde bucal constituem o primeiro acesso dos cidadãos à prestação de cuidados de saúde, assumindo importantes funções de assistência, além de promoção da saúde e prevenção da doença. Também são responsáveis pelo encaminhamento a outros serviços para a continuidade dos cuidados.

A evolução da prestação de cuidados de saúde, caracterizada por uma crescente complexidade técnica, bem como a exigência de multidisciplinaridade na prestação de cuidados de saúde

0

1.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



centrados no cidadão e orientados para a obtenção de ganhos em saúde, tornaram inevitável a reestruturação das unidades, com especial ênfase na Saúde da Família (PNAB, 2006 e Decreto Municipal Nº 30.780 de 2009),

Os Centros de Saúde e as Clínicas da Família são unidades operativas das CAP com autonomia funcional e técnica, e devem garantir aos cidadãos inscritos uma carteira básica de serviços definida pela Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP.

Nem todas as unidades de atenção primária no Município do Rio de Janeiro estão no mesmo plano de desenvolvimento organizacional. A diferenciação entre os vários modelos de unidades de atenção primária (A, B e C) é resultante da organização do processo de trabalho, conforme quadro a seguir.

Quadro 03 – Modelos de unidades de atenção primária existentes no município do Rio de Janeiro

Modelo A. Todo o território é coberto pelas equipes de saúde da família e saúde bucal, e a unidade está dividida em Equipes de Saúde da Família. Nesta unidade, todo usuário deve conhecer sua equipe e os nomes dos profissionais de referência para seu atendimento.

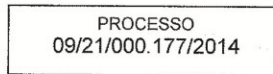
Modelo B. Somente uma parte do território é coberta com as equipes de saúde da família e saúde bucal.

Modelo C. A unidade ainda não trabalha na estratégia de Saúde da Família.

Nota: O Território é definido pela lista de CEP (correo) vinculada a uma determinada unidade.

De 2010 a 2012, a PCRJ e a SMS identificaram a contratualização como ponto fundamental indutor de maior responsabilização e exigência, sempre no sentido de alcançar melhores resultados em saúde, com maior eficiência. O objetivo é evoluir como os melhores sistemas de saúde do mundo, onde é avaliado o desempenho clínico de cada profissional da rede.

[Handwritten signature] 31 *[Handwritten signature]*



Os modelos A e B terão incentivos aferidos para atividades específicas. Estes incentivos devem criar condições para o desenvolvimento de ambientes de motivação dos profissionais, ao atribuir às equipes melhorias nas unidades de saúde, no contexto físico do seu exercício, no reforço de competências pela facilitação do acesso a ações de formação, e ao atribuir aos profissionais, gratificações associadas ao desempenho.

Esses indicadores levam em consideração as especificidades locais, uma vez que é facultado ao profissional a composição do resultado final do conjunto de indicadores alcançado, dentro de um conjunto de indicadores.

Com isso, espera-se que as equipes desenvolvam a cultura de gestão da clínica, percebendo que não basta apenas atingir alguns indicadores, mas que em conjunto eles induzem uma boa prática clínica. Por exemplo, não serão esperados apenas que as equipes atinjam bons resultados na captação precoce de gestantes no pré-natal, mas saber quantas gestantes além da captação precoce realizaram um bom pré-natal. Para realizar um bom pré-natal alguns outros indicadores importantes, como ter realizado exames VDRL, hepatite B e HIV, ter realizado um mínimo de 7 consultas, entre outros.

ORIENTAÇÕES PARA REPASSE DOS INCENTIVOS FINANCEIROS AOS PROFISSIONAIS (PARTE VARIÁVEL 03).

A remuneração por desempenho será calculada pelas Unidades Contábeis (UC) alcançadas pela equipe. Portanto em uma mesma unidade, as diferentes equipes de saúde da família poderão ter quantidade de UCs diferentes entre no trimestre.

A remuneração por desempenho abrange apenas os profissionais da equipe mínima de saúde da família (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e agentes comunitários) e de saúde bucal (dentista, TSB e ASB).

Uma equipe terá como limite mínimo o quantitativo de 60 UCs no trimestre, distribuídas no somatório de pelo menos cinco grupos de ações. O teto máximo será de 300 UCs no trimestre, o





PROCESSO
09/21/000.177/2014



que corresponde a até 10% da soma dos salários base dos 3 meses, vide regra geral.

Dentro da mesma **equipe de saúde da família**, todos os profissionais da equipe mínima terão obtido a mesma quantidade de UCs no trimestre. O cálculo do valor em reais (R\$) a ser repassado para cada profissional no trimestre é realizado multiplicando o número de UCs alcançado no trimestre pela equipe pela proporção correspondente a soma do salário base no trimestre do profissional.

Exemplo 1 (valores e equipe fictícios)

300 UCs no trimestre corresponde a 10% da soma do salário base no trimestre (3x salário base).

Então, 200 UCs correspondem a 6,66% da soma de 3 salários:

EQUIPE	NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº DE UCS NO TRIMESTRE	VALOR NO TRIMESTRE (EM R\$)
3210	AAAAAAAAAAAA	MEDICO	R\$ 7.500,00	200	R\$1.500,00
3210	BBBBBBBBBBBB	ENFERMEIRO	R\$ 3.900,00	200	R\$780,00
3210	CCCCCCCCCCCC	TÉCNICO DE ENFERMAGEM	R\$ 1.080,00	200	R\$216,00
3210	DDDDDDDDDD	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	EEEEEEEEEEEE	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	FFFFFFFFFFFF	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	GGGGGGGGGG	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	HHHHHHHHHH	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00
3210	IIIIIIIIIIII	ACS	R\$ 810,00	200	R\$162,00

No caso das **equipes de saúde bucal**, o cálculo deverá ser feito proporcionalmente ao valor atingido por cada uma das equipes de SF as quais esta equipe de saúde bucal estiver vinculada.

MD 33 *lmt*



PROCESSO
09/21/000.177/2014



Caso a equipe de saúde bucal esteja vinculada a somente uma equipe de saúde da família a quantidade de unidades Contábeis será a mesma da ESF para o período em análise (Trimestre).

O valor de UCs deve ser o mesmo para os profissionais da mesma ESB (cirurgião dentista, TSB e ASB), mas os valores em reais (R\$) são calculados com base no salário base de cada um dos profissionais dessa equipe de saúde bucal.

Exemplo 2 - 1 ESB vinculada a duas ESF

EQUIPE DE SF	UNIDADES CONTÁBEIS NO TRIMESTRE ATINGIDAS PELA ESF	UNIDADES CONTÁBEIS PROPORCIONAIS PARA ESB
A	100UC	=100 x 50% = 50UC
B	200UC	=200 x 50% = 100 UC

TOTAL no TRIMESTRE: 150 UCs

Neste exemplo, a quantidade de UCs no trimestre para a ESB foi de 150 UCs, cujo valor a ser repassado a cada profissional da ESB pode ser demonstrado abaixo:

Exemplo 2 - cálculo em reais (R\$) - valores fictícios

NOME PROFISSIONAL	CATEGORIA	SALÁRIO BASE DO PROFISSIONAL	Nº de UCS no TRIMESTRE	VALOR R\$ NO TRIMESTRE
AAAAAAAAAAAA	DENTISTA	R\$ 3.900,00	150	R\$595,00
BBBBBBBBBBBB	TSB	R\$ 1.080,00	150	R\$162,00
CCCCCCCCCCCC	ASB	R\$ 810,00	150	R\$121,50

B.3.4.1. CONTRATUALIZAÇÃO DOS INCENTIVOS FINANCEIROS COM OS PROFISSIONAIS – PARTE VARIÁVEL 03.

As unidades de modelo A e B são unidades funcionais com mais transformações organizacionais, onde os processos de trabalho nas equipes de saúde família já estão adequados à Política Nacional de Atenção Básica. Nestas unidades os profissionais estarão submetidos a um nível de



PROCESSO
09/21/000.177/2014



contratualização com **patamares de desempenho mais exigentes.**

Com base na reforma dos cuidados primários em Portugal, considerando a matriz de avaliação da atenção primária no *National Health Service* (NHS) inglês, na Política Nacional de Atenção Básica, definimos um conjunto de ações de acompanhamento a serem remuneradas como parte variável dos vencimentos a ser paga trimestralmente pela OSS aos profissionais de saúde das equipes de saúde da família e saúde bucal.

A compensação prevista está associada ao acompanhamento dos usuários vulneráveis e de risco, segundo as orientações técnicas das Linhas de Cuidado da Superintendência de Atenção Primária – S/SUBPAV/SAP, nos termos apresentados no quadro a seguir:

Quadro de indicadores da **Parte Variável 03** - incentivo à gestão da clínica

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, por ano	01
02	Acompanhamento em planejamento reprodutivo de uma mulher em idade fértil, com inserção de DIU ou realização de esterilização feminina, por ano	01
03	Acompanhamento de uma gravidez	08
04	Acompanhamento de uma criança, no primeiro ano de vida, por ano	06
05	Acompanhamento de uma criança, no segundo ano de vida, por ano	04
06	Acompanhamento de uma pessoa diabética, por ano	06
07	Acompanhamento de uma pessoa hipertensa, por ano	02
08	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de tuberculose	08
09	Acompanhamento de uma pessoa em alta por cura de hanseníase	10
10	Acompanhamento de uma pessoa com transtorno ou necessidades relacionadas ao consumo de álcool e/ou outras drogas	4

A descrição de cada ação de acompanhamento é apresentada a seguir.

[Handwritten signature]
35 *[Handwritten signature]*



PROCESSO
09/21/000.177/2014



GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
01	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, POR ANO	01
<u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO I</u> Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Ser do sexo feminino. B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise). C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978). D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise. E. Estar cadastrada na unidade. F. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
02	ACOMPANHAMENTO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO DE UMA MULHER EM IDADE FÉRTIL, COM INSERÇÃO DE DIU OU ESTERILIZAÇÃO FEMININA, POR ANO	01
<u>PLANEJAMENTO REPRODUTIVO II</u> Uma usuária é considerada neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G ou H]: uma mulher em idade fértil, por ano A. Sexo feminino. B. Ter entre [10;50[anos (idade calculada para o último dia do período em análise). C. Ter realizado pelo menos uma consulta médica ou de enfermagem durante o período em análise (12 meses) com registro parametrizado de um dos códigos do ICPC-2 ou CID que permitem codificar o planejamento familiar (W10, W11, W12, W13, W14 ou W15; Z300-Z309 ou N970-N978). D. Nas mulheres com idades entre [25, 50[anos, ter pelo menos um registro de resultado de colpocitologia nos 36 meses que antecedem a data fim do período em análise. E. Estar com o calendário vacinal atualizado e todos os registros no prontuário.		



PROCESSO
09/21/000.177/2014



F. Estar cadastrada na unidade.

G. Consulta médica com a inserção de DIU (CID: Z30.1 ou 03.01.04.002-8 - ATENDIMENTO CLINICO PARA INDICACAO, FORNECIMENTO E INSERCAO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)).

H. Preparação para esterilização feminina (aconselhamento, atividade educativa, consentimento informado, pré-operatório para laqueadura tubária) e registro no prontuário da realização do procedimento (CID Z30.2).

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
03	ACOMPANHAMENTO DE UMA GRAVIDEZ	08

SAÚDE MATERNA:

Uma usuária é considerada neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F e G]:

A. Sexo feminino com pré-natal encerrado no período de vigência.

B. Ter efetuado consulta ou visita médica ou de enfermagem de revisão do puerpério no período em análise e, no máximo, 7 dias após o parto, registrada por qualquer médico ou qualquer enfermeiro, com a descrição de "revisão do puerpério".

C. Ter efetuado a primeira consulta de gravidez antes da 12ª semana - [0; 12[de gestação.

D. Ter realizado pelo menos 7 consultas de pré-natal médicas e/ou de enfermagem até à 42ª semana - [0; 42]: com aferição de PA durante a consulta e ter registro de resultado dos testes/exames anti-HIV, hepatite B e sífilis realizados até a 24ª semana de gestação. Estas consultas devem ter registro parametrizado que permitem codificar gravidez - (W78, W79 ou W84 ou O00-O01, O10-O16, O24-O26.5, O26.8-O26.9, O30-O48, Z321-Z369).

E. A usuária deve estar cadastrada na equipe.

F. Ter registro de pelo menos 4 visita do ACS desde o diagnóstico da gravidez, sendo uma delas em até 7 dias após a data do parto.

G. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica e/ou procedimento clínico em Saúde Bucal. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.

Obs. 1: Toda gestante com mais de 40 dias da data prevista de parto deve ser automaticamente excluída da lista de gestantes ativas do prontuário.

Obs. 2: para considerar uma gestante ativa no prontuário, o profissional deve registrar uma consulta com o código do CID10 de gestação e ativar a linha de cuidado.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
----------------	-----------	----



PROCESSO
09/21/000.177/2014



04	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO PRIMEIRO ANO DE VIDA, POR ANO	06
SAÚDE INFANTIL - 1º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se for verdadeira a condição [A e B e C e D e E e F e G e H e I e J]: A. Ter completado um ano de vida durante o período em análise. B. Ter tido a primeira consulta médica ou de enfermagem até ao 15º dia de vida [0, 15 dias]. C. Ter realizado pelo menos 5 consultas médicas ou de enfermagem de acompanhamento em saúde infantil (puericultura) até aos 11 meses de vida - [0, 330] dias. D. Ter pelo menos 3 registros parametrizado de avaliação do desenvolvimento psicomotor até os 11 meses de vida - [0, 330] dias. Podem ser realizados por médico ou por enfermeiro. E. Ter recebido ao menos 5 visitas domiciliares do ACS aos 11 meses de vida, sendo a primeira até o 7º dia de vida - [0, 330] dias. F. Estar com o calendário vacinal em dia e todos os registros vacinais devidamente preenchidos no prontuário. G. Ter registro de coleta do teste do pezinho (realizado entre 3º e 5º dias de vida). H. Ter registro de avaliação nutricional com registro de IMC em cada consulta. I. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica. J. Não ter recebido UC no grupo de ação 04 para o mesmo paciente.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
05	ACOMPANHAMENTO DE UMA CRIANÇA, NO SEGUNDO ANO DE VIDA, POR ANO	04
SAÚDE INFANTIL - 2º ANO DE VIDA Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F]: A. Ter completado dois anos de vida durante o período em análise. B. Ter pelo menos 3 consultas com registros parametrizados de avaliação do desenvolvimento psicomotor, peso e altura (pelo menos 1 consulta do médico e uma consulta do enfermeiro) entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias. C. Ter recebido pelo menos 2 visitas do ACS entre os 12 e os 24 meses de vida - [365, 730] dias. D. Estar com o calendário vacinal completo e todos os registros preenchidos no prontuário eletrônico. E. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista,		



PROCESSO
09/21/000.177/2014



TSB ou ASB, entre 12 e 24 meses de vida. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
F. Não ter recebido UC no grupo de ação 05 para o mesmo paciente.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
06	O ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA DIABÉTICA, POR ANO	06
DIABETES Um usuário é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I] A. Ter o diagnóstico de Diabetes Mellitus (códigos T89 ou T90 da ICPC-2 ou E10-E14.9) na lista de problemas, com estado ativo, e inserção na linha de cuidados correspondente. B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. C. Ter pelo menos dois registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. D. Ter pelo menos um registro de resultado de hemoglobina A1C inferior ou igual a 8%, realizado durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. E. Ter pelo menos 3 visitas do ACS, realizadas durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. F. Ter pelo menos 1 registro de resultado de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. G. Ter ao menos uma avaliação dos pés registrada durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise. H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica. I. Não ter recebido UC no grupo de ação 06 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
07	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA HIPERTENSA, POR ANO	02
HIPERTENSÃO Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [A e B e C e D e E e F]:		

[Handwritten signature] 30/11/14



PROCESSO
09/21/000.177/2014



- A. Ter o diagnóstico de hipertensão arterial (códigos K86 ou K87 da ICPC-2 ou I10-I15.9) na lista de problemas, com estado ativo e inserção na linha de cuidados correspondente.
- B. Ter realizado pelo menos uma consulta médica e uma consulta de enfermagem durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- C. Ter pelo menos 2 registros de pressão arterial e IMC (realizados em dias diferentes) durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise, sendo pelo menos um deles com valor de pressão arterial sistólica inferior ou igual a 140 mmHg e de pressão arterial diastólica inferior ou igual a 90 mmHg,
- D. Ter pelo menos um registro de resultados de colesterol total E colesterol HDL E triglicerídeos realizados durante os 12 meses que antecedem a data final do período em análise.
- E. Ter registro de entrada no programa do tabagismo da unidade (CID-10 F17- F17.9; Z72.0; T65.2 e/ou grupo educativo com o tema tabagismo) (caso o paciente não seja tabagista, considerar este item atendido desde que tenha registro de não-tabagismo no prontuário).
- F. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 07 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
08	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA EM ALTA POR CURA DE TUBERCULOSE	08

TUBERCULOSE

Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G e H e I]:

- A. Ter registro do número do SINAN no PEP para o paciente acompanhado.
- B. Ter realizado pelo menos 2 consultas médicas e 4 de enfermagem no período do tratamento.
- C. Ter alta por cura da tuberculose registrada no PEP.
- D. Ter registro, no campo apropriado do PEP, do resultado de teste rápido molecular e/ou baciloscopia de escarro no momento do diagnóstico.
- E. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de resultado de teste/exame anti-HIV até o 2o mês de tratamento.
- F. Ter registro, no campo apropriado do PEP, de avaliação de todos os contatos, com pelo menos uma consulta (CID Z20.1) e registro de raio X dentro dos 6 meses após o diagnóstico do caso índice.
- G. Ter recebido pelo menos uma visita durante o período de tratamento, com intervalos de 30 dias entre as visitas.
- H. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou participação em grupo educativo com dentista, TSB ou ASB, nos últimos 12 meses. Caso não haja ESB vinculada à equipe, este item não se aplica.
- I. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 08 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.



PROCESSO
09/21/000.177/2014



GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
09	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM ALTA POR CURA HANSENIASE	10
HANSENIASE Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras as condições [A e B e C e D e E e F e G]: A. Ter registro de alta por cura da hanseníase no PEP. B. Ter realizado pelo menos 3 consultas médicas e 7 de enfermagem para multibacilares e 2 consultas médicas e 4 de enfermagem para paucibacilares no período do tratamento. C. Ter recebido do ACS ao menos uma visita durante o período de tratamento da hanseníase, com intervalos de 30 dias entre as visitas (paucibacilares 6 meses, multibacilares 12 meses). D. Ter registro e encerramento do caso no PEP. E. Ter registro de avaliação de incapacidades físicas. F. Ter registro de exame clínico dos contatos intradomiciliares com vacinação BCG e exame dermatoneurológico. G. Não ter recebido UC no Grupo de Ação 09 para o mesmo paciente nos últimos 12 meses.		

GRUPO DE AÇÕES	DESCRIÇÃO	UC
10	ACOMPANHAMENTO DE UMA PESSOA COM TRANSTORNO OU NECESSIDADES RELACIONADAS AO CONSUMO DE ALCOOL E/OU OUTRAS DROGAS	04
Um paciente é considerado neste grupo se forem verdadeiras a condição [(A ou B) e C e D e E e F]: A. Ter diagnóstico de transtorno mental e comportamental devido ao uso de álcool e/ou outras drogas* (CID F10, F11, F12, F13, F14, F15, F16, F18, F19). B. Ter diagnóstico de tabagismo (CID F17- F17.9; Z72.0; T65.2). C. Ter realizado pelo menos 4 consultas médicas ou de enfermagem ou grupo terapêutico por profissional de nível superior, nos últimos 6 meses. D. Ter recebido do ACS no mínimo 3 visitas nos últimos 6 meses. E. Ter registro, no mínimo, de uma avaliação de profissional de saúde mental (psicólogo, psiquiatra ou assistente social) do NASF. Este item não se aplica para equipes que não tenham NASF. F. Ter realizado pelo menos uma consulta odontológica ou orientação em Saúde Bucal por dentista nos		



PROCESSO
09/21/000.177/2014



últimos 12 meses.

B.4. ATRIBUIÇÕES DA ORGANIZAÇÃO SOCIAL EM RELAÇÃO AOS SISTEMAS DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE

A Organização Social deverá desenvolver, em consonância com as diretrizes gerais e da área de informação/informática da Secretaria Municipal da Saúde as seguintes ações:

- Produzir, analisar e divulgar informações sobre a situação de saúde da sua área de abrangência;
- Participar do processo de definição, elaboração e divulgação de indicadores para monitoramento da situação de saúde e para cada eixo de Indicadores (painel de monitoramento) e disponibilizar e divulgar essas informações segundo as necessidades das unidades de saúde, Coordenadoria Geral de Atenção Primária (CAP) e SMS.
- Implantar/atualizar os sistemas de informação definidos pela SMS/RJ; Organizar e definir procedimentos, fluxos e rotinas para coleta dos dados dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Organizar e definir os processos de trabalho para operação/alimentação dos diferentes sistemas de informação em vigência ou a serem implantados;
- Encaminhar as diferentes bases de dados conforme rotinas estabelecidas pela SMS.

B.4.1. SISTEMAS DE INFORMAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

B.4.1.1. Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) ou Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) – Requisitos Mínimos

Para fins práticos, serão considerados neste presente instrumento o Prontuário Eletrônico do Paciente (PEP) e o Prontuário Eletrônico Clínico (PEC) como sinônimos.

ANEXO II – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO-
UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As potencialidades e fragilidades da produção do cuidado na Atenção Básica e suas relações com os determinantes sociais

Pesquisador: Regina Cavalcante Agonigi

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 58178216.9.0000.5285

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.836.378

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa utilizará a abordagem qualitativa que se fundamenta nas especificidades inerentes à pesquisa social, compatível com a temática determinantes sociais da saúde e iniquidades em saúde como um fenômeno social complexo. O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade social se processa com uma riqueza de significados que transborda dela, no dinamismo da vida individual e coletiva. Diante do contexto apresentado, essa abordagem será essencial para desvelar as interfaces da produção do cuidado na atenção básica que utilizará para a abordagem dos sujeitos o Grupo Focal. Os sujeitos serão os profissionais das ESF (Equipes de Saúde Da Família), e a pesquisa será desenvolvida nas três unidades da Rocinha, CMS Dr Albert Sabin, CF Maria do Socorro e CF Rinaldo Delamare. Os grupos focais serão desenvolvidos durante as reuniões das equipes, serão duas equipes participantes de cada unidade e serão escolhidas mediante sorteio. O grupo Focal será desenvolvido dentro das salas das equipes e o roteiro terá como base cinco perguntas relacionadas com a temática da pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF em território com iniquidades sociais;

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Telefone: (21)2542-7796

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

Continuação do Parecer: 1.836.378

Analisar a produção do cuidado na Atenção Básica e sua relação com os determinantes sociais da saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Benefícios: Sua entrevista ajudará na produção científica sobre o tema produção do cuidado na Atenção Básica, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

de relevância científica

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Adequados

Recomendações:

Nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_759098.pdf	14/11/2016 17:33:07		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa.pdf	06/10/2016 19:00:07	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Outros	COLETA.pdf	14/09/2016 20:17:30	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/09/2016 20:14:08	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	19/07/2016 21:22:47	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2542-7796

CEP: 22.290-240

E-mail: cep.unirio09@gmail.com



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO- UNIRIO

Continuação do Parecer: 1.836.378

Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/07/2016 15:16:40	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.jpg	16/07/2016 15:14:54	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/07/2016 15:10:01	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Avaliação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 19 de Novembro de 2016

Assinado por:
Paulo Sergio Marcellini
(Coordenador)

Endereço: Av. Pasteur, 296

Bairro: Urca

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.290-240

Telefone: (21)2542-7796

E-mail: cep.unirio09@gmail.com



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO -
SMS/RJ

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: As potencialidades e fragilidades da produção do cuidado na Atenção Básica e suas relações com os determinantes sociais

Pesquisador: Regina Cavalcante Agonigi

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 58178216.9.3001.5279

Instituição Proponente: Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.910.619

Apresentação do Projeto:

Essa pesquisa utilizará a abordagem qualitativa que se fundamenta nas especificidades inerentes à pesquisa social, compatível com a temática determinantes sociais da saúde e iniquidades em saúde como um fenômeno social complexo. O objeto das Ciências Sociais é essencialmente qualitativo, pois a realidade social se processa com uma riqueza de significados que transborda dela, no dinamismo da vida individual e coletiva.

Diante do contexto apresentado, essa abordagem será essencial para desvelar as interfaces da produção do cuidado na atenção básica que utilizará

para a abordagem dos sujeitos o Grupo Focal. Os sujeitos serão os profissionais das ESF(Equipes de Saúde Da Família), e a pesquisa será

desenvolvida nas três unidades da Rocinha, CMS Dr Albert Sabin, CF Maria do Socorro e desenvolvidos durante as reuniões das equipes, serão duas equipes participantes de cada unidade e serão escolhidas mediante sorteio. O grupo

Focal será desenvolvido dentro das salas das equipes e o roteiro terá como base cinco perguntas relacionadas com a temática da pesquisa.

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.031-040

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Continuação do Parecer: 1.910.619

Objetivo da Pesquisa:

– OBJETIVOS

Identificar os fatores que interferem na produção do cuidado no cotidiano do trabalho dos profissionais de saúde que atuam na ESF em território com iniquidades sociais;

Analisar a produção do cuidado na Atenção Básica e sua relação com os determinantes sociais da saúde.

Espera-se que esse estudo possa contribuir para uma reflexão de como as políticas públicas de saúde devem estar articuladas com as políticas econômicas e sociais, bem como traçar alternativas de cuidado que vão além de alcance de metas e seguimento de protocolos.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais.

Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado.

Benefícios:

Sua entrevista ajudará na produção científica sobre o tema produção do cuidado na Atenção Básica, mas não será, necessariamente, para seu benefício direto. Entretanto, fazendo parte deste estudo você fornecerá mais informações sobre o lugar e relevância desses escritos para própria instituição em questão.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados os seguintes Termos de apresentação obrigatória:

Autorização da Coordenação da Área Programática 2.1 das seguintes unidades: CMS Dr Albert Sabin, Clínica da Família Rinaldo Delamare, Clínica da Família Maria do Socorro; Currículo do Pesquisador e dos assistentes; Roteiro do Grupo Focal; Trabalho de inteiro teor.

Recomendações:

Foi encaminhado um e-mail com as seguintes pendências: Atualizar cronograma; Incluir dados do

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 20.031-040

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Continuação do Parecer: 1.910.619

CEP no TCLE; Apresentar declaração negativa de custo (que nas respostas das pendências do CEP EEAN/HESFA não está anexado).

A pesquisadora respondeu por e-mail as pendências solicitadas e as mesmas foram atendidas.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

* Benefícios:

- Não haverá benefícios diretos ou imediatos na participação do entrevistado (a), além de poder falar da experiência de participação no grupo e sobre a rede de adolescentes promotores da saúde. Contudo, tomar conhecimento do ponto de vista dos participantes, suas percepções sobre o projeto e visões de mundo pode nos ajudar a refletir e trazer mudanças no trabalho com a juventude, melhorando o atendimento a este público e construindo projetos que incluam as suas necessidades e interesses.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_759098.pdf	14/11/2016 17:33:07		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	Justificativa.pdf	06/10/2016 19:00:07	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_759098.pdf	14/09/2016 20:24:43		Aceito
Outros	COLETA.pdf	14/09/2016 20:17:30	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	14/09/2016 20:14:08	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_759098.pdf	19/07/2016 21:24:50		Aceito
Folha de Rosto	Folha.pdf	19/07/2016 21:22:47	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	16/07/2016 15:16:40	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Declaracao.jpg	16/07/2016 15:14:54	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja

Bairro: Centro

CEP: 20.031-040

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2215-1485

E-mail: cepsms@rio.rj.gov.br



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO - SMS/RJ

Continuação do Parecer: 1.910.619

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	16/07/2016 15:10:57	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	16/07/2016 15:10:01	Regina Cavalcante Agonigi	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 07 de Fevereiro de 2017

Assinado por:
Salesia Felipe de Oliveira
(Coordenador)

Endereço: Rua Evaristo da Veiga, 16, Sobreloja
Bairro: Centro **CEP:** 20.031-040
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2215-1485 **E-mail:** cepsms@rio.rj.gov.br