

**Coordenação do cuidado e ordenação das redes de atenção à saúde: estudo qualitativo
com trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família**

**Coordination of care and ordination of health care networks: qualitative study with
higher level workers in the Family Health Strategy**

**Coordinación de atención y ordenación de redes de salud: estudio cualitativo con
trabajadores de mayor nivel en la Estrategia de Salud Familiar**

Recebido: 14/08/2020 | Revisado: 24/08/2020 | Aceito: 25/08/2020 | Publicado: 29/08/2020

Roseclea Cristina Cremonese Ensslin

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1388-0273>

Prefeitura Municipal de Segredo do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: censslin@terra.com.br

André Luis Alves de Quevedo

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9314-7578>

Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, Brasil

E-mail: andrequevedo_sls@hotmail.com

Resumo

Introdução: o Sistema Único de Saúde (SUS) é um sistema organizacional para reordenar os serviços e as ações em saúde no território brasileiro. Assim, é imperiosa a necessidade de que os trabalhadores em saúde conheçam o sistema no qual estão inseridos, para que os usuários se sintam acolhidos em qualquer âmbito do SUS. Objetivo: conhecer os elementos facilitadores e dificultadores na visão de cinco trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família (ESF), de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul, em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde. Metodologia: trata-se de um estudo qualitativo, realizado em 2019, no qual os sujeitos da pesquisa responderam a uma entrevista qualitativa semiestruturada. Resultados: como elementos facilitadores foram destacados o acolhimento, as teleconsultorias, a resolutividade do cuidado, o conhecimento dos problemas da população, a equipe preparada e bem relacionada, a rede de atenção estruturada. Já os elementos dificultadores foram a descentralização não organizada, a alta demanda, o demorado tempo de espera para o atendimento na média e alta complexidade, as dificuldades econômicas estruturais e a

inadequada gestão clínica dos usuários crônicos. Conclusão: por fim, traz-se que cabe à gestão e às equipes a reorganização e o fortalecimento do trabalho, no sentido de minimizar os problemas e solidificar as potencialidades, fazendo com que a ESF e o SUS sejam realmente efetivos e eficazes.

Palavras-chave: Sistema Único de Saúde; Atenção primária à saúde; Estratégia saúde da família; Gestão em saúde; Pessoal de saúde.

Abstract

Introduction: the Unified Health System (SUS) is an organizational system to reorder health services and actions in the Brazilian territory. Thus, the need for health workers to know the system in which they are inserted is imperative, so that users feel welcomed in any scope of SUS. Objective: to know the facilitating and hindering elements in the view of five health workers, of higher level, of the Family Health Strategy (ESF), of a small municipality in the State of Rio Grande do Sul, in relation to the coordination of user care and the ordering of Health Care Networks. Methodology: this is a qualitative study, conducted in 2019, in which the research subjects answered a semi-structured qualitative interview. Results: as facilitating elements, reception were highlighted, the teleconsulting, the resoluteness of care, knowledge of the population's problems, the prepared and well-connected team, the structured care network. The hindering elements were the unorganized decentralization, the high demand, too long waiting times for assistance in medium and high complexity, structural economic difficulties and inadequate clinical management of chronic users. Conclusion: finally, is pointed that it is up to the management and the teams to reorganize and strengthen the work, in order to minimize the problems and solidify the potential, making the ESF and SUS really effective and efficient.

Keywords: Unified Health System; Primary health care; Family health strategy; Health management; Health personnel.

Resumen

Introducción: el Sistema Único de Salud (SUS) es un sistema organizativo para reordenar los servicios y acciones de salud en el territorio brasileño. Por tanto, la necesidad de que los trabajadores de la salud conozcan el sistema en el que se insertan es imperativa, para que los usuarios se sientan acogidos en cualquier contexto del SUS. Objetivo: conocer los elementos facilitadores y obstaculizadores en la visión de cinco trabajadores de la salud, de nivel superior, de la Estrategia de Salud Familiar (ESF), de un pequeño municipio del Estado de

Rio Grande do Sul, en relación con la coordinación de la atención al usuario y el ordenamiento de las Redes de Atención Sanitaria. Metodología: se trata de un estudio cualitativo, realizado en 2019, en el que los sujetos de investigación respondieron a una entrevista cualitativa semiestructurada. Resultados: como elementos facilitadores se destacaron la recepción, la teleconsulta, la resolución de la atención, el conocimiento de los problemas de la población, el equipo preparado y bien conectado, la red de atención estructurada. Los elementos obstaculizadores fueron la descentralización desorganizada, la alta demanda, los tiempos de espera demasiado largos para la asistencia en mediana y alta complejidad, las dificultades económicas estructurales y el manejo clínico inadecuado de los usuarios crónicos. Conclusión: finalmente, corresponde a la dirección y a los equipos reorganizar y fortalecer el trabajo, con el fin de minimizar problemas y solidificar el potencial, haciendo que la FHS y el SUS sean realmente efectivos y eficientes.

Palabras clave: Sistema Único de Salud; Atención primaria de salud; Estrategia de salud familiar; Gestión en salud; Personal de salud.

1. Introdução

O Sistema Único de Saúde (SUS), previsto na Constituição Federativa Brasileira de 1998, foi efetivamente positivado na Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Segundo o artigo 2º, parágrafo 1º, da supracitada lei, é dever do Estado garantir saúde através da formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (Brasil, 1990).

Nessa perspectiva, para Paim (2009, p. 13) “O SUS é algo distinto, especial, não se reduzindo à reunião de palavras como *sistema, único e saúde*”. Assim, na lógica de sistema, a proposta de organização das ações e serviços em saúde parte da Atenção Primária à Saúde (APS) como organizadora das Redes de Atenção à Saúde.

Como justificativa do presente trabalho, aponta-se que na APS, os profissionais de nível superior, normalmente, ocupam o papel de coordenação das equipes de saúde e são os responsáveis, bem como estimulam, organizam e/ou realizam processos formativos com os demais trabalhadores da saúde de nível médio e fundamental. Nesse sentido, julgou-se pertinente conhecer as concepções sobre coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde dos profissionais de nível superior que atuam na Atenção Primária à Saúde.

Conforme a Declaração de Alma Ata sobre Cuidados Primários, de 12 de setembro de 1978, a Atenção Primária à Saúde ou os cuidados primários de saúde são definidos como:

[...] cuidados essenciais de saúde baseados em métodos e tecnologias práticas, cientificamente bem fundamentadas e socialmente aceitáveis, colocadas ao alcance universal de indivíduos e famílias da comunidade, mediante sua plena participação e a um custo que a comunidade e o país podem manter em cada fase de seu desenvolvimento, no espírito de autoconfiança e autodeterminação. Fazem parte integrante tanto do sistema de saúde do país, do qual constituem a função central e o foco principal, quanto do desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Representam o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde pelo qual os cuidados de saúde são levados o mais proximamente possível aos lugares onde pessoas vivem e trabalham, e constituem o primeiro elemento de um continuado processo de assistência à saúde (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978, p. 1-2).

Segundo Chueiri, Harzheim e Takeda (2017, p. 4),

Em relação à ordenação das Redes de Atenção à Saúde pela APS, pressupõe-se que o planejamento do uso dos recursos financeiros, da necessidade de formação profissional e das ações e serviços que conformam as RAS seja programado, estruturado, disposto, organizado, estabelecido, portanto, ordenado, a partir das necessidades de saúde da população.

Para Starfield (2004, p. 28), “a atenção primária é uma abordagem que forma a base e determina o trabalho de todos os outros níveis dos sistemas de saúde”. A autora aponta que, “para que atenção primária otimize a saúde, ela deve focar a saúde das pessoas na constelação dos outros determinantes de saúde, ou seja, no meio social e físico no qual as pessoas vivem e trabalham, em vez de focar apenas em sua enfermidade individual.” (Starfield, 2004, p. 27).

Conceituando os quatro atributos essenciais da Atenção Primária à Saúde, Starfield (2004) traz que: Acesso de primeiro contato implica acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema ou novo episódio de um problema pelo qual as pessoas buscam atenção à saúde. Longitudinalidade pressupõe a existência de uma fonte regular de atenção e seu uso ao

longo do tempo. É uma relação pessoal de longa duração entre os profissionais de saúde e os usuários em suas unidades de saúde.

Já a integralidade é o leque de serviços disponíveis e prestados pelos serviços de Atenção Primária à Saúde. São ações que os serviços de saúde devem oferecer para que os usuários recebam atenção integral, tanto do ponto de vista do caráter biopsicossocial do processo saúde-doença, como ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação adequadas ao contexto da APS - mesmo que algumas ações não possam ser oferecidas dentro das unidades de APS. Incluem também os encaminhamentos para especialidades médicas focais, hospitais, entre outros.

E, a coordenação da atenção é um estado de estar em harmonia numa ação ou esforço comum. A essência da coordenação é a disponibilidade de informações a respeito de problemas e serviços anteriores e o reconhecimento daquela informação, na medida em que está relacionada às necessidades para o presente atendimento.

Ainda a presença de três características, nomeadas atributos derivados, qualificam as ações dos serviços de APS, conforme Starfield (2004): a orientação familiar: na avaliação das necessidades individuais para atenção integral deve-se considerar o contexto familiar e seu potencial de cuidado e, também, de ameaça à saúde, incluindo o uso de ferramentas de abordagem familiar. A orientação comunitária, que é o reconhecimento por parte do serviço de saúde das necessidades em saúde da comunidade através de dados epidemiológicos e do contato direto com a comunidade; sua relação com ela, assim como o planejamento e a avaliação conjunta dos serviços. E, por fim, a competência cultural, que é a adaptação do provedor (equipe e profissionais de saúde) às características culturais especiais da população para facilitar a relação e a comunicação com a mesma.

No território brasileiro, a implantação da Saúde da Família, na perspectiva da APS, iniciou na década de 90. Nesse sentido, temos uma saúde universal, de base territorial, instituída a cerca de quase 30 anos. Tal fato nos permite poder avaliar os impactos dessa política, constitucionalmente positivada.

A expansão e manutenção da cobertura de Estratégia Saúde da Família fez com que aumentasse a oferta de ações e serviços, causando efeitos positivos sobre a saúde da população. Como modelo de reorganização na APS no SUS, a Saúde da Família facilitou:

- Melhor acesso e utilização de serviços de saúde para a população brasileira e para quem mais precisa - pessoas com menor renda, idosos e portadores de doenças;

- Melhores resultados de saúde incluindo reduções importantes na mortalidade infantil e mortalidade adulta para algumas condições de saúde sensíveis à atenção primária;
- Expansão de acesso a tratamentos, como, por exemplo, os odontológicos, e ampliação no controle de algumas doenças infecciosas;
- Melhoria na equidade do acesso aos serviços de saúde e diminuição de desigualdades na saúde dos indivíduos;
- Eficiência no SUS devido à redução de hospitalizações desnecessárias e em outras áreas como melhoria na qualidade das estatísticas vitais e sinergias com programas sociais como o Programa Bolsa Família e;
- Expansão extensiva de infraestrutura e conhecimento incluindo uma explosão na pesquisa aplicada sobre serviços e sistemas de saúde no Brasil (Macinko & Mendonça, 2018, p. 31-32).

Adentrando a discussão sobre o trabalho em saúde, segundo Paim (2009, p. 15), “a confiança e o vínculo estabelecidos entre os que prestam serviços de saúde e as pessoas que precisam do cuidado são fundamentais para a garantia da qualidade e do sucesso desse encontro entre seres humanos [...]”. A partir desses pressupostos norteia-se a presente pesquisa.

Nesse sentido, o objetivo do presente trabalho foi conhecer os elementos facilitadores e dificultadores, na visão de trabalhadores de nível superior da Estratégia Saúde da Família de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul, quanto à coordenação do cuidado e ordenação das Redes de Atenção à Saúde (RAS).

2. Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo descritivo, em que foram incluídos os profissionais de nível superior das Estratégias de Saúde da Família de um município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul.

O município, com cerca de sete mil habitantes, em que foi realizada a pesquisa conta com uma capacidade física instalada de quatro Unidades Básicas de Saúde (UBS), uma

policlínica especializada, um consultório público de fisioterapia, um Centro Odontológico com Laboratório Regional de Próteses, uma Academia de Saúde, um Hospital de Pequeno Porte (com 34 leitos nas especialidades de clínica geral, obstetrícia clínica, psiquiatria e pediatria clínica, sendo 32 leitos SUS), além da Secretaria Municipal de Saúde. Os serviços de média e alta complexidade necessitam de regulação e encaminhamento para municípios de referência, dentro da respectiva Região de Saúde e Macrorregião de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul.

Fazem parte dos serviços oferecidos aos munícipes: fonoaudiologia, psicologia, fisioterapia, nutrição, Núcleo de Apoio à Atenção Básica (NAAB), bem como toda a gama de atendimentos da Atenção Primária à Saúde. Ainda, desde 2012, o município realiza ações de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS), desenvolvidas por uma naturóloga.

Cabe ressaltar que, os NAAB são Núcleos de Apoio à Atenção Básica/Atenção Primária à Saúde financiados pelo Estado do Rio Grande do Sul, a partir de 2011, para a ampliação do cuidado em saúde mental, álcool e outras drogas no território. Esses dispositivos foram criados para municípios gaúchos com porte populacional de até 16.000 habitantes, visando apoiar as equipes da APS no compartilhamento de ações de promoção em saúde e na construção da rede de saúde intersetorial dos municípios e das regiões de saúde (RIO GRANDE DO SUL, 2011). Já as Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (PICS) são tratamentos que utilizam recursos terapêuticos baseados em conhecimentos tradicionais. Atualmente são previstos 29 tipos de procedimentos no SUS de PICS, como por exemplo: aromaterapia, arteterapia, constelação familiar, homeopatia, Medicina Tradicional Chinesa - acupuntura, meditação, musicoterapia, Plantas medicinais - fitoterapia, Terapia de florais e mais 20 procedimentos.

Segundo os dados do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES/DATASUS/Ministério da Saúde), competência de novembro de 2019, esse município contava com 68 registros de profissionais, sendo que destes 66 (97,1%) tinham vínculo com o Sistema Único de Saúde (SUS). Os dois registros sem vínculo com o SUS referem-se a profissionais com o Código Brasileiro de Ocupação (CBO) de Cirurgião Dentista. Assim, pode-se dizer que no município o quadro de trabalhadores é amplo, tendo diversas profissões na área da saúde, bem como de outras áreas necessárias para o funcionamento dos serviços.

Segundo Minayo (2003), o estudo qualitativo é entendido, nas ciências sociais, como um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, trabalha com o universo de

significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, que responde a um espaço mais profundo das relações e fenômenos, que não podem ser reduzidos a operacionalizações de variáveis.

Para Gil (2008, p. 109), apud Selltiz et al. (1972), utiliza-se a entrevista “[...] para a obtenção de informações acerca do que as pessoas sabem, creem, esperam, sentem ou desejam, pretendem fazer, fazem ou fizeram, bem como acerca das suas explicações ou razões a respeito das coisas precedentes”.

Nesse sentido, as entrevistas do presente estudo foram realizadas seguindo um roteiro semiestruturado que privilegiou informações sobre: idade, sexo, escolaridade, profissão, tempo de atuação na saúde, tempo de atuação na Estratégia Saúde da Família; além de quatro questões qualitativas abertas sobre a coordenação do cuidado e a ordenação das Redes de Atenção à Saúde, com foco nos elementos facilitadores e dificultadores.

A análise dos dados qualitativos foi realizada através da análise de conteúdo, sendo esta uma técnica de pesquisa qualitativa indicada para encontrar respostas para as questões formuladas e descobrir o que está sendo dito pelos conteúdos manifestos. Foram utilizadas as fases da análise de conteúdo, conforme Gomes (2003), quais sejam: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados. Primeiro fez-se o levantamento e a organização do material relativo ao tema de pesquisa. Em seguida a exploração do material levantado. E, por fim, foi realizada a tentativa de compreender o conteúdo sobre o que estava sendo manifestado.

Das três equipes de Atenção Básica (duas ESF e uma Equipe de Agentes Comunitários de Saúde com Saúde Bucal), foram entrevistados cinco participantes - tendo em vista que uma equipe estava incompleta e em outra, uma pesquisadora estava inserida.

Antes das entrevistas, foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para todos os participantes, onde constava o objetivo e a justificativa da pesquisa; e após o aceite foi colhida a assinatura destes. Os entrevistados foram informados que poderiam retirar seu consentimento de participação da pesquisa em qualquer momento, sem prejuízo para os mesmos.

Para preservar a identidade dos participantes, após transcritas as entrevistas, esses foram codificados pela palavra profissional, sendo numerados de um (1) a cinco (5).

A pesquisa seguiu as orientações do Conselho Nacional de Saúde (CNS), conforme as Resoluções Nº 466 e Nº 510 que orientam e regulamentam estudos envolvendo seres humanos (Brasil, 2012a; 2016).

3. Resultados e Discussão

Em relação à coordenação do cuidado e ordenação das redes, aparece na fala dos entrevistados a garantia de que o usuário receba o cuidado que necessita, com efetividade, integralidade e dando continuidade às ações prestadas por diferentes profissionais ou diferentes níveis do sistema.

Nesse sentido, a coordenação do cuidado é definida como a articulação entre diversos serviços e ações de atenção à saúde, de modo que, independentemente de onde sejam prestados, estejam em harmonia e voltados ao alcance de um mesmo objetivo (Núñez, Lorenzo & Navarrete, 2006).

Também a coordenação do cuidado pode ser definida como os caminhos percorridos nas Redes de Atenção à Saúde pelos usuários, com a disponibilidade de cuidados e serviços no SUS. No Brasil, a organização da atenção à saúde se dá através das Redes de Atenção à Saúde, objetivando a construção de sistemas integrados de saúde (Mendes, 2010). As redes passaram a ser orientadoras de uma nova lógica de gestão e organização dos serviços de saúde e facilitadoras da integração desde o ponto de vista territorial.

Foi apontado pelo profissional (4) que a coordenação do cuidado significa também atender as necessidades e as preferências dos usuários na oferta de cuidado em saúde, visando a qualidade e a continuidade da atenção à saúde. Já o profissional (5) destaca que é ter um plano de cuidado singular para cada usuário.

Indo a esse encontro, reitera-se que esta é uma das competências a Atenção Primária à Saúde, pois ela é a responsável por identificar as necessidades de atendimentos especializados, coordenar o cuidado dos usuários nas referências e com profissionais adequados - visando garantir a continuidade da atenção, acompanhando os resultados terapêuticos e a evolução clínica dos usuários que utilizam os diferentes níveis de atenção no sistema de saúde (Andrade, Barreto & Bezerra, 2006).

No que se refere às ações realizadas pelos profissionais em relação à coordenação do cuidado e ordenação das redes, as falas são semelhantes, pois aparecem ações preventivas e curativas, de promoção da saúde, individuais e coletivas, os tratamentos, os encaminhamentos, estando de acordo com o preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Segundo a PNAB, no Brasil, a Atenção Primária à Saúde (APS) é também chamada de Atenção Básica (AB) e se caracteriza como um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo que abrangem a promoção e a proteção, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o

tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. Desenvolve-se sob o trabalho em equipe, com práticas dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no local em que vivem essas populações (Brasil, 2012b).

Quanto aos **elementos facilitadores**, aparece na fala do profissional (2) que a equipe é preparada para coordenar os programas do Sistema Único de Saúde; e do profissional (5) que relata a importância da boa relação na equipe. Outro elemento facilitador citado pelo profissional (2) foi o conhecimento sobre os problemas de saúde da população e a rede de acesso que apoia o usuário no cuidado (profissional 4). Além de acesso a exames (profissional 3) e materiais de qualidade (profissional 5), bem como teleconsultorias (profissional 1).

“[...] teleconsultorias para resolução de casos via Telesaúde [...]” **Profissional (1).**

“Bom, no município a gente tem uma secretaria de saúde que conhece os problemas da população é fundamental, a gente tem um pessoal, uma equipe preparada, principalmente com enfermeiras preparadas, para a coordenação dos programas do sistema.” **Profissional (2).**

“Acesso a exames preventivos em geral.” **Profissional (3).**

“O nosso município oferta uma rede de acesso aos usuários onde contém grupos de saúde mental, cuidados com o acompanhamento gestacional, grupo de hipertensão entre outros, isso incentiva o usuário ao cuidado.” **Profissional (4).**

“O que facilita nosso trabalho é a boa relação com a equipe; organização dos atendimentos; dispomos de materiais e equipamentos de qualidade, e a parceria com a Universidade [...]” **Profissional (5).**

Nesse sentido, Paula et al. (2017, p. 243) ao avaliar a ESF apontam que, “as ações desenvolvidas nesse âmbito devem privilegiar práticas de cuidado e gestão democráticas e participativas, centradas no usuário e que permitam o desenvolvimento de sua autonomia.”.

O SUS que foi positivado pela Constituição Federativa Brasileira de 1988, e legislado através da Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, atualmente norteia-se pela Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010 e está também regulamentado pelo Decreto Presidencial Nº

7.508, de 28 de junho de 2011. No entanto, o Sistema Único de Saúde vem desde seus primeiros passos enfrentando desafios para ser efetivado. Efetivação essa que, ainda trinta anos após seu estabelecimento legal continua em construção (Souza, 2018).

Isso vem ao encontro das respostas dos profissionais quando questionados sobre os **elementos dificultadores**, quais sejam: a alta demanda (alta busca de atendimentos pelos usuários), o longo tempo de espera para atendimento na atenção secundária e terciária em saúde, bem como o subfinanciamento público.

“[...] *lista de espera para especialidades.*” **Profissional (1).**

“[...] *então as nossas dificuldades são acredito que econômica, porque diminuiu muito os recursos, não é? [...]*” **Profissional (2).**

“*A livre demanda de consultas.*” **Profissional (3).**

“*Enfrentamos muitas dificuldades diárias. Exemplo, a fila de espera para as especialidades; temos também usuários, muitos usuários crônicos, o que dificulta o propósito da ESF, que é o cuidado preventivo e não o curativo.*” **Profissional (4).**

“*Seria a alta demanda [...]*” **Profissional (5).**

No presente estudo, dois dos cinco profissionais entrevistados veem a alta demanda e a falta de acesso às especialidades como um dos nós críticos do Sistema Único de Saúde. Para Santos (2018, p. 2047), “ser sistêmico, único e descentralizado do ponto de vista político, exige aglutinação regional para garantir que o cidadão de um município de pequeno porte possa ver sua necessidade de saúde em rede articulada, regionalizada, contínua e delimitada em espaço regional”.

A premissa do SUS se conecta com a ideia principal de que todas as pessoas têm direito ao acesso a ações e serviços de saúde - ou seja, ao direito à saúde, direito esse vinculado à condição de cidadania. Para Paim (2009, p. 43) “[...] o SUS supõe uma sociedade solidária e democrática, movida por valores de igualdade e equidade, sem discriminação ou privilégios”.

Grandes dificuldades são enfrentadas na consolidação do SUS, pois o mesmo nem sempre é prioridade para todos os governantes. Existe um subfinanciamento importante que

remete ao seu desmonte, o que ficou agravado pela Emenda Constitucional 95 (EC-95/2016) que congelou o orçamento público por um período de vinte anos (Bahia, 2018). Em relação a esse elemento dificultador, o qual foi citado pelo profissional (2), pode-se amparar em Paim (2018, p. 1725) quando este afirma que “com insuficientes recursos o SUS enfrenta problemas na manutenção da rede de serviços e na remuneração de seus trabalhadores, limitando os investimentos para ampliação da infraestrutura pública”.

Segundo este autor, “o SUS, em vez de ser apenas problema, ou *causa* de tantos problemas, poderia transformar-se em solução. Mas, para tanto, precisa ser desenvolvido de acordo com os seus princípios e diretrizes [...]” (Paim, 2009, p. 72). Assim, se esses fossem realmente seguidos e cumpridos grande parte dos entraves teria solução, com um SUS realmente efetivo, fazendo valer o direito constitucional do cidadão brasileiro.

Igualmente, no estudo de Giovanella et al. (2009, p. 793), os serviços de média complexidade foram considerados, pelos entrevistados, como o nível assistencial que é “o grande gargalo do SUS”.

Nesse sentido, aponta Campos (2015, p. 470 - tradução dos autores):

Por outro lado, o nascimento do SUS coincidiu com o advento das políticas de austeridade e ajuste fiscal e o discurso fortemente contrário às políticas públicas e abertamente favorável ao domínio do mercado. Consequentemente, o SUS foi cronicamente financiado com consequências negativas para o acesso e a qualidade da assistência: gastamos 3,7% do PIB em saúde; Outros países com sistemas públicos, nos quais a saúde é considerada um direito universal, gastam entre 7% e 9% do seu PIB. Não foi realizada uma política trabalhista razoável para os trabalhadores da saúde, o que se agravou com a transferência de grande parte dessa responsabilidade para os municípios sob o argumento da descentralização, mesmo quando os fatos demonstraram que os municípios abandonados a si mesmos não têm capacidade financeira e gerencial para dar conta desse aspecto estratégico. Apesar do termo “único” em sua denominação, o SUS permanece fragmentado, com diferentes prioridades e programas nos municípios, estados e União. A rede hospitalar permaneceu autônoma e desarticulada da atenção básica. Grande parte dos serviços especializados ainda são comprados no setor privado. Esse conjunto de fatores tem impedido, até um limite intolerável, a governança do sistema. O mais grave é que esse conjunto de problemas que ameaçam a continuidade da reforma e até sua sustentabilidade, não sendo confrontados pelos governantes, se tornou crônico,

comprometendo a legitimidade do SUS entre os próprios profissionais de saúde e, o que é ainda mais grave, entre a população.

Conforme Campos (2018a, p. 1722), “[...] ainda há esperança, apesar das dificuldades existentes, a constituição de um movimento amplo de defesa do SUS é uma possibilidade concreta”.

A profissional (4) traz, equivocadamente, que o trabalho da APS é preventivo e não curativo. Nesse sentido, aponta-se que o SUS “e também o sistema privado de saúde suplementar, não estão preparados para o enfrentamento das condições crônicas. A razão é que ainda se desconhecem e, portanto, não se praticam em escala, os modelos de atenção à saúde que são efetivos na atenção a essas condições.” (Mendes, 2018, p. 433).

De acordo com o proposto em Alma Ata, a Atenção Primária à Saúde (APS) é entendida como função central do sistema nacional de saúde, integrando um processo permanente de atenção à saúde, que inclui prevenção, promoção, cura e reabilitação como parte do processo mais geral de desenvolvimento social e econômico, envolvendo a cooperação com outros setores para promover o desenvolvimento social e enfrentar os determinantes de saúde.

Segundo Campos (2018b, p. 1712), “o trabalho em saúde tem características especiais, depende da motivação e do envolvimento de cada trabalhador com a saúde de outras pessoas”. Assim, o trabalhador de saúde na APS é o ator social que liga usuário a todo o sistema de saúde. Para tanto, é necessário o comprometimento de toda a equipe com o sistema, para que a grande engrenagem SUS funcione efetivamente.

A isso corrobora Lima et al. (2016, p. 279), ao enfatizarem que “O enfoque familiar acontece quando a equipe é capaz de interagir com as famílias, tendo assim maior facilidade de reconhecer os seus problemas e necessidades, em sua singularidade, como sujeito da atenção”.

4. Considerações Finais

O objetivo deste estudo foi conhecer os elementos facilitadores e dificultadores na visão dos trabalhadores em saúde, de nível superior, da Estratégia Saúde da Família em relação à coordenação do cuidado dos usuários e ordenação das Redes de Atenção à Saúde em município de pequeno porte do Estado do Rio Grande do Sul. Pela análise dos dados,

percebe-se que os trabalhadores reconhecem e desempenham seu papel na coordenação do cuidado e na ordenação das Redes de Atenção à Saúde.

Através das entrevistas, os profissionais das ESF expressaram o que compreendem, quais ações desenvolvem e os elementos que facilitam e dificultam a coordenação do cuidado e a ordenação das Redes de Atenção à Saúde no território. Em síntese, relataram como elementos facilitadores a rede de acesso com grupos e equipe preparada e bem relacionada e como elementos dificultadores a alta demanda (alta busca de atendimentos pelos usuários), o longo tempo de espera para atendimento na atenção secundária e terciária em saúde, bem como o subfinanciamento público.

No pequeno território estudado, há diversos aspectos comuns com o que foi encontrado na literatura acadêmica. Tem-se aspectos positivos, que engrandecem a APS e o SUS; assim como aspectos negativos, que acabam fazendo com que o sistema não esteja concretizado e funcionando como deveria e como rege a Constituição Federativa Brasileira de 1988.

Dessa forma, aponta-se que cabe a todos os atores sociais envolvidos nesse processo (trabalhadores e gestores) a busca contínua pela efetivação e defesa do SUS. Deve-se também chamar a população para que ela se aproprie do conhecimento do que é o seu direito, para a partir disso, com forças convergentes, enfrentarmos as dificuldades e os opositores do sistema público de saúde. Salienta-se que é através do esforço conjunto e coletivo que ter-se-á força e voz para enfrentar o desmonte em andamento do Sistema Único de Saúde.

Aponta-se como um limitador do presente estudo, o fato de que foram entrevistados apenas os profissionais de nível superior das equipes de ESF. Mas, foi considerado que o conhecimento das concepções desses profissionais pode servir como uma pista do entendimento dos demais trabalhadores da APS. Ainda, como sugestões para futuros estudos na área, salienta-se a importância de que se avalie a organização do trabalho nesse nível de atenção, especialmente nos municípios de pequeno porte. Já que a maioria dos estudos de avaliação da APS foca especialmente em municípios de médio e grande porte.

Os resultados desse estudo foram devolvidos aos trabalhadores participantes e à gestão municipal de saúde, através de roda de conversa, elencando e discutindo com esses atores os principais resultados. Por fim, espera-se que os achados dessa pesquisa possam fomentar as discussões sobre as práticas dos trabalhadores em saúde, fazendo com que as ações de cuidado nos serviços de saúde sejam realizadas com conhecimento e comprometimento com a população usuária do SUS.

Referências

Andrade, L. O. M., Barreto I. C.H. C., & Bezerra, R. C. (2006). Atenção primária à saúde e estratégia saúde da família. In: Campos, G. W. S., Minayo, M. C. S., Akerman, M., Drumond Júnior, M., Carvalho, Y. M. *Tratado de Saúde Coletiva*, 783-836. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz.

Bahia, L (2018). Trinta anos de Sistema Único de Saúde (SUS): uma transição necessária, mas insuficiente. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(7), e00067218. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00067218>

Brasil. (1988). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. *Diário Oficial da União*, 191-A, 05 out. 1988, 1. Brasília, DF. Recuperado de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm

Brasil. (1990). Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Nº 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 União*. 1990, 18055. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm

Brasil (2010). Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. *Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

Brasil (2011). Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011. Regulamenta a Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. 1. Brasília, DF. Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7508.htm

Brasil (2012a). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012*. Aprova as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Recuperado de <http://www.conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

Brasil (2012b). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde. 110 p.: il. (Série E. Legislação em Saúde). Recuperado de <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>

Brasil (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução Nº 510, de 7 de abril de 2016*. Trata das especificidades éticas das pesquisas nas ciências humanas e sociais e de outras que utilizam metodologias próprias dessas áreas. Brasília/DF, 2016. Recuperado de http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.

Brasil (s.d.). DATASUS. Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES). Competência novembro de 2019. Recuperado de <http://cnes.datasus.gov.br/pages/profissionais/extracao.jsp>

Brasil (s.d.). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados>

Brasil (s.d.). Ministério da Saúde. Página inicial. Saúde de A a Z. Práticas integrativas e complementares. Recuperado de <https://www.ibge.gov.br/cidades-e-estados> <https://saude.gov.br/saude-de-a-z/praticas-integrativas-e-complementares>

Campos, G. W. S. (2018a). Réplica: O SUS, todavia, existe! *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6), 1721-1722. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.05662018>

Campos, G. W. S. (2018b). SUS: o que e como fazer? *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6), 1707-1714. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232018236.05582018>

Campos, G. W. S. (2015). El Sistema Único de Salud de Brasil: entre la intención y el gesto. *Salud Colectiva*. 11(4), 469-470. <https://doi.org/10.18294/sc.2015.783>

Chueiri, P. S., Harzheim, E., & Takeda, S. M. P. (2017). Coordenação do cuidado e ordenação nas redes de atenção pela Atenção Primária à Saúde – uma proposta de itens para avaliação destes atributos. *Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade*. 12(39), 1-18. [https://doi.org/10.5712/rbmfc12\(39\)1363](https://doi.org/10.5712/rbmfc12(39)1363)

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde (1978). *Declaração de Alma-Ata*. Recuperado de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_alma_ata.pdf

Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas da pesquisa social*. (6a ed.), São Paulo: Atlas.

Giovanella, L., et al (2009). Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*. 14(3), 783-794. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300014>

Gomes, R. (2003). A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., Gomes, R., Minayo, M. C. S. (organizadores). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (22a ed.), 67-80. Petrópolis, RJ: Vozes.

Lima, E. F. A, Sousa, A. I., Leite, F. M. C., Lima, R. C. D., Souza, M. H. N., Primo, C. C. (2016). Avaliação da Estratégia Saúde da Família na Perspectiva dos Profissionais de Saúde. *Escola Anna Nery*. 20(2), 275-280. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20160037>

Macinko, J., Mendonça, C. S. (2018). Estratégia Saúde da Família, um forte modelo de Atenção Primária à Saúde que traz resultados. *Saúde Debate*. 42 (10), 18-37. <https://doi.org/10.1590/0103-11042018s102>

Mendes, E. V. (2010). As redes de atenção à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 15(5), 2297-2305. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>

Mendes, E. V. (2018). Entrevista: a abordagem das condições crônicas pelo Sistema Único de Saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(2), 431-436. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.16152017>

Minayo, M. C. S. (2003). Ciência, Técnica e Arte: o desafio da Pesquisa Social. In: Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., Gomes, R., Minayo, M. C. S. (organizadores). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade* (22a ed.), 9-30. Petrópolis, RJ: Vozes.

Núñez, R. T., Lorenzo, I. V., & Naverrete, M. L. V. (2006). La coordinación entre niveles asistenciales: una sistematización de sus instrumentos y medidas. *Gaceta Sanitaria*. 20(6), 485-495. Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v20n6/revision.pdf>

Paim, J. S. (2018). Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6), 1723-1728. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>

Paim, J. S. (2009). *O que é SUS*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 148 p. (Coleção Temas em Saúde).

Paula, W. K. A. S., Samico, I. C., Caminha, M. F. C., Batista Filho, M., & Figueirôa, J. N. (2017). Orientação Comunitária e enfoque familiar: avaliação de usuários e profissionais da estratégia saúde da família. *Cadernos de Saúde Coletiva*. 25(2), 242-248. <https://doi.org/10.1590/1414-462x201700020113>

Rio Grande do Sul (2011). Secretaria Estadual da Saúde. Resolução CIB/RS N° 403, de 26 de outubro de 2011. Cria os Núcleos de Apoio à Atenção Básica (NAAB) saúde mental, dentro da Política Estadual da Atenção Básica. *Diário Oficial do Estado*, ano LXIX, (211), 28, 03 nov. 2011. Porto Alegre/RS.

Santos, L. (2018). SUS- 30 anos: um balanço incômodo? *Ciência & Saúde Coletiva*. 23(6), 2043-2050. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06082018>

Selltiz, C., Jahoda, M., Deutsch, M., & Cook, S. M. (1972). *Métodos de pesquisa nas relações sociais*. São Paulo: Herder.

Souza, L. E. P. F. (2018). 30 anos do SUS: a transição contínua. *Cadernos de Saúde Pública*. 34(7), e00109418. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00109418>

Starfield, B. (2004). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. UNESCO, Ministério da Saúde. Brasília. 726 p.

Porcentagem de contribuição de cada autor no manuscrito

Roseclea Cristina Cremonese Ensslin – 65%

André Luis Alves de Quevedo – 35%