



BIBLIOTECA LAS CASAS – Fundación Index
<http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php>

Cómo citar este documento

Huppés Engel, Rosana; Heck Weiller, Teresinha. Acesso dos usuários com lesão de pele egressos do SIDHUSM na rede de atenção básica de Santa Maria /RS. Biblioteca Lascasas, 2013; 9(3).

Disponível em <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0733.php>

ACESSO DOS USUÁRIOS COM LESÃO DE PELE EGRESSOS DO SIDHUSM NA REDE DE ATENÇÃO BÁSICA DE SANTA MARIA/RS

Autora: Rosana Huppés Engel

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Teresinha Heck Weiller

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO I
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

RESUMO

O que mobilizou o tema deste trabalho decorre da observação e da vivência identificada no Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria no que diz respeito à referência junto à rede de atenção básica do município de Santa Maria/RS, revelando a inexistência de políticas locais no sentido da garantia da integralidade do acesso dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS, na rede. Dessa forma, o Trabalho de Conclusão de Curso-TCC buscou identificar as ações que são implementadas pela Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria com lesões de pele com objetivo de contribuir na discussão e implementação de políticas locais de saúde. Trata-se de pesquisa qualitativa, descritiva, de caráter exploratório. Foram realizadas entrevistas a seis (6) gestores da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS. A análise dos dados se organizou a partir dos temas que emergiram das falas dos entrevistados. O estudo mostra a

existência de um longo caminho a ser construído para o diálogo entre as instituições e dos seus sujeitos para o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência entre Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria e a rede de atenção básica de Santa Maria/RS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Ilustração 1 – Representação da distribuição espacial dos serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS

Ilustração 2 – Quadro de procedência das unidades e clínicas do HUSM de encaminhamento para o Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria (SIDHUSM)

LISTA DE SIGLAS E ABREVIações

UFMS – Universidade Federal de Santa Maria

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

SIDHUSM – Serviço de Internação Domiciliar do Hospital Universitário de Santa Maria

ESF – Estratégia de Saúde da Família

UESF – Unidade de Estratégia de Saúde da Família

TCC – Trabalho de Conclusão de Curso

MS – Ministério da Saúde

CAP – Caixas de Aposentadoria e Pensão

IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CONASP – Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária

SUS – Sistema Único de Saúde

LOS – Lei Orgânica da Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

CPMF – Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira

PAB – Piso da Atenção Básica

PSF – Programa de Saúde da Família

PACS – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

CONASS – Conselho Nacional de Secretários de Saúde

CCS – Centro de Ciências da Saúde

CAAE: Certificado de Apresentação para Apreciação Ética

CRS – Coordenadoria Regional de Saúde

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

NAB – Núcleo da Atenção Básica

UCS – Unidade Convencional de Saúde

CAPS – Centro de Atendimento Psicossocial

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

RMISPS – Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde

RDC – Resolução da Diretoria Colegiada

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

ID – Internação Domiciliar

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE I – Termo de Confidencialidade

APÊNDICE II – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

APÊNDICE III – Roteiro de Entrevistas com Trabalhadores/ Gestores da Rede
Municipal de Saúde

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde

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

ANEXO III – Fluxograma da rotina de atendimento do SIDHUSM

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	13
2 OBJETIVOS	16
2.1 Objetivo Geral	16
2.2 Objetivos Específicos	16
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	17
3.1 Conformação da rede de saúde no Brasil	17
3.2 Papel do hospital na rede	23
3.3 Lesões de pele	25
3.4 O Serviço de Internação Domiciliar	26
3.5 Acesso á Rede de Saúde	27
4 METODOLOGIA	29
4.1 Aspectos éticos da pesquisa	30
4.2 Sujeitos do Estudo	31
4.3 Coleta de Dados	31
4.4 Análise de Dados	31
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
5.1 Organização da Rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS ...	32
5.2 Organização do trabalho	36
5.3 Mecanismos disponíveis para a internação domiciliar na atenção básica	39
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	50
APÊNDICE I	54
APÊNDICE II	55
APÊNDICE III	57
ANEXO I	58
ANEXO II	59
ANEXO III	60

1 INTRODUÇÃO

A vontade de cursar Enfermagem deu-se a partir do desejo de trabalhar com pessoas, mais especificamente, cuidar de pessoas. À medida que buscava informações e procurava saber mais sobre o papel e a função do enfermeiro, a ideia crescia e transformava-se em gosto, anseio pela profissão de enfermeira.

Ao tentar o primeiro vestibular, obtive aprovação no curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM. Sempre vi a enfermagem como uma profissão responsável pelo cuidado direto com as pessoas e, no decorrer das aulas, esta visão foi lapidada. Nas aulas eram apresentadas teorias as quais nem sempre eram vivenciadas na prática. Algumas vezes, até cheguei a pensar que a teoria não passava de uma utopia. Essa falta de aproximação entre teoria e prática me levou a refletir no que consistia o problema, me instigando a buscar e trabalhar sempre mais e, na medida do possível, adequar aquilo que era proposto nos modelos teóricos às situações vivenciadas no dia-a-dia.

Kerlinger apud George (1995) define teoria como um conjunto de ações e conceitos inter-relacionados, definições e proposições que apresentam uma forma sistemática de ver os fatos, pela especificação das relações entre as variáveis, com a finalidade de explicar e prever os fatos. A teoria em enfermagem pode ser entendida como “uma conceitualização articulada e comunicada da realidade inventada ou descoberta (fenômeno central e relacionamentos) na enfermagem como descrever, explicar, prever ou prescrever o cuidado de enfermagem” (MELEIS apud HICKMAN, 1995, p.12).

Durante a maior parte do curso, estive em contato com unidades de serviços de saúde, na rede de atenção básica de Santa Maria, bem como em unidades do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Estas atividades, ao longo do meu percurso acadêmico, possibilitaram a escolha do tema deste trabalho. Neste sentido, apresentei como proposta de estudo conhecer o Serviço de Internação Domiciliar do HUSM - SIDHUSM, assim como, vivenciar as atividades desenvolvidas junto a uma Unidade de Estratégia de Saúde da Família- UESF, integrante da rede de atenção básica do município de Santa Maria – RS. Estas atividades foram desenvolvidas no componente curricular de

Estágio Supervisionado I, o qual foi integralizado no 7º semestre do Curso de Enfermagem da UFSM.

Esta vivência acadêmica junto aos serviços de saúde possibilitou-me experienciar a dinâmica da assistência prestada em cada um dos espaços. No hospital, foi possível acompanhar as reuniões, conhecidas como *round*, realizadas, semanalmente, pela equipe do SIDHUSM as quais tinham objetivo de ampliar o debate sobre os casos acompanhados, bem como definir o profissional e as ações de cuidado necessárias. Também possibilitou a minha participação em visitas domiciliares, internação de novos pacientes, alta dos pacientes que não necessitam mais acompanhamento do serviço.

A experiência vivenciada junto ao serviço, a observação realizada, durante as visitas domiciliares e reuniões de equipe e, especialmente, no diálogo com a equipe multidisciplinar responsável pelas ações, proporcionou-me a identificação da incidência de pacientes que eram acompanhados no serviço e que apresentavam lesões de pele, destacando-se as úlceras por pressão, resultante de internação hospitalar. A úlcera por pressão, segundo Costa, M. P. et al apud Carvalho, L. S. et al (2007), é conceituada como “lesão cutânea ou de partes moles, superficiais ou profundas, de origem isquêmica, decorrente de uma elevação de pressão externa, localizada geralmente sobre proeminências ósseas”.

Outro fato que me mobilizou para a realização deste trabalho decorreu da observação e da vivência identificada no SIDHUSM, no que diz respeito à referência junto à rede de atenção básica do município de Santa Maria/RS, revelando a inexistência de políticas locais, no sentido da garantia da integralidade do acesso dos usuários ao Sistema Único de Saúde – SUS.

É relevante referenciar o fato de o HUSM ser um hospital de referência regional para a região central do Rio Grande do Sul, de média/alta densidade tecnológica, tendo suas ações direcionadas em 100% dos atendimentos aos usuários do SUS. Este fato revela a importância que desempenha, não apenas a estrutura administrativo/organizacional do hospital, mas também os serviços de assistência à saúde prestada pelos profissionais da instituição.

A existência de um serviço de internação domiciliar ligado a um hospital público de média e alta densidade tecnológica destinado aos usuários provenientes da rede de atenção de saúde, do município de Santa Maria tem,

segundo Brondani (2008, p.16), a “finalidade de proporcionar suporte técnico e estrutural à família no retorno do doente ao domicílio”. Isso revela a fragilidade que a rede de atenção de saúde apresenta, na medida em que se identificam dificuldades de comunicação entre estes dois pontos da rede, hospital e atenção básica, indispensáveis para a conformação de uma rede de atenção que garantam os princípios do SUS do acesso e da integralidade da atenção aos usuários.

Dessa forma, o Trabalho de Conclusão de Curso buscou identificar as ações implementadas pela Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do SIDHUSM, com lesões de pele, tendo como objetivo contribuir na discussão e na implementação de políticas locais de saúde.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Identificar as ações implementadas na Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do SIDHUSM, com lesões de pele, sob a perspectiva dos gestores.

2.2 Objetivos Específicos

- Verificar o conhecimento dos gestores da Atenção Básica sobre os procedimentos desenvolvidos pelo SIDHUSM nos casos de alta do serviço.

- Identificar os instrumentos facilitadores do acesso a pacientes com lesões de pele junto à rede de Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS por ocasião da alta do SIDHUSM.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Conformação da rede de saúde no Brasil

Da mesma maneira como somos frutos do nosso passado, a saúde também sofreu influências do contexto político-social que o Brasil passou ao longo do tempo.

Desde o descobrimento, até a instalação do império, não havia nenhum interesse em se criar uma política de atenção à saúde no Brasil. Até 1850, havia apenas um controle sanitário mínimo na capital do império, o que perdurou por quase um século. Desse modo, proliferaram pelo país os chamados “boticários” (POLIGNAMO, 2005, p.1).

Conforme Polignano (2005), no início do século XX, na capital da República, Rio de Janeiro, estava instaurado um quadro caótico. Doenças como a malária, febre amarela, varíola, e também a peste acometiam a população, provocando consequências sérias para a saúde coletiva como também para o comércio exterior, pois navios estrangeiros não atracavam mais no porto em decorrência da situação sanitária da cidade.

Um exército trabalhava na desinfecção e combate às causas das doenças. A autoridade exercida pelos “guardas sanitários” revoltava a população. Este modelo de intervenção ficou conhecido como “campanhista”, armado dentro de uma visão militar, em que o uso da força e da autoridade era instrumento de ação.

De acordo com Indriunas (2007), em 1904, Oswaldo Cruz é nomeado pelo presidente da república como Diretor do Departamento de Saúde Pública, por meio da Lei nº. 1261/1904, instituindo a vacinação obrigatória contra a varíola. Nasce então o movimento popular conhecido como “Revolta da Vacina”, sendo que o modelo campanhista obtém sucesso no controle de doenças endêmicas. A reforma realizada por Oswaldo Cruz possibilita conhecer características importantes da população, contar com o laboratório como ajuda no diagnóstico da etiologia e também da fabricação de medicamentos para o uso em grande quantidade.

A partir de 1920, Carlos Chagas realiza algumas mudanças no modelo campanhista (POLIGNANO, 2005). As atividades de saneamento são

expandidas para outros estados, e, no Rio de Janeiro, é criada a Escola de Enfermagem Ana Nery. O controle das epidemias nas grandes cidades começa a alastrar-se para o campo onde era necessário o combate das endemias rurais.

O acúmulo de capital vindo da atividade do comércio exterior tornou possível a industrialização no país, no entanto, devido à falta de condições trabalhistas nas indústrias, surgiram os movimentos operários, que buscavam a conquista de direitos sociais.

Em janeiro de 1924, é aprovada a Lei Eloi Chaves, que marca o início da Previdência Social no Brasil. Nasciam as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAP's). Nesse sistema as empresas deveriam recolher, mensalmente, contribuições da receita e depositar na conta de sua CAP. Em 1930, Getúlio Vargas comanda uma revolução efetuando algumas mudanças na estrutura do Estado. A partir deste momento, passa a existir o Ministério da Educação e Saúde. Na política de Getúlio, as CAP's são substituídas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP's). Nos IAP's, os trabalhadores eram organizados por categoria profissional, não mais por empresas (RONCALLI, 2003).

Conforme NICS apud POLIGNAMO (2005), “além de servir como importante mecanismo social, os IAP's tinham, até, meados da década de 50, papel fundamental no desenvolvimento econômico deste período, como ‘instrumento de captação de poupança forçada’ através de seu regime de capitalização”.

Ainda, segundo NICS apud POLIGNAMO (2005, p. 07), é importante citar que “em 1949, as despesas com assistência médica apresentaram apenas 7,3% do total geral de despesas da previdência social. Em 1960 já sobem para 19,3%, e em 1966 já atingem 24,7% do total das despesas, confirmando a importância crescente da assistência médica previdenciária”.

Roncalli (2003) informa que, dentre as mudanças na área da saúde, durante o período do Estado Novo, pode-se citar a criação do Ministério da Educação e Saúde, em 1930, com a desintegração do Departamento Nacional de Saúde Pública. No ano de 1953, é criado o Ministério da Saúde (MS), porém este acontecimento limita-se em apenas desmembrar o então Ministério da Educação e Saúde, não significando maiores mudanças. Em 1960, foi

anunciada a Lei Orgânica da Previdência Social (Lei nº. 3.807), que prevê a unificação dos IAP's. Essa lei era destinada a todos os trabalhadores sujeitos à Consolidação das Leis Trabalhistas, exceto trabalhadores rurais, servidores públicos, empregados domésticos e trabalhadores que tivessem regimes próprios de previdência. Com a criação do Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural, os trabalhadores rurais foram incorporados ao sistema da previdência social.

A unificação dos IAP's é efetivada em 1967, quando é implantado o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), sendo característica importante deste período o “complexo médico-industrial” (RONCALLI, 2003, p. 31).

Todo trabalhador com carteira assinada era contribuinte do INPS, havendo um acúmulo de capital, porém, com o aumento do número de contribuintes e beneficiários, era impossível o sistema médico atender toda a população. Assim sendo, o governo militar teve que alocar os recursos públicos para atender a necessidade e ampliar o sistema. A saída encontrada foi direcionar os atendimentos para a iniciativa privada e criar convênios com médicos e hospitais, pagando pelos serviços prestados.

Em 1978, foi criado, dentro do INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Durante o período do Regime Militar, o governo destinou poucos recursos para a saúde, não foram desenvolvidas propostas de ações de saúde pública direcionadas à medicina preventiva, e sim, ações para a medicina curativa, sendo esta mais cara e que contava com recursos da contribuição dos trabalhadores para o INPS (POLIGANANO, 2005).

De acordo com Polignano (2005), com a crise instalada no modelo econômico do Regime Militar, em 1975, o país diminuiu o ritmo de crescimento e a população com baixos salários, contidos pela política econômica e pela repressão, passa a conviver com as consequências sociais. Desta forma, o modelo de saúde previdenciário também entra em crise e demonstra suas fraquezas, além de começarem movimentos comandados por profissionais da saúde em prol de mudanças no modelo de saúde.

No fim da década de 70, o movimento dos profissionais de saúde e estudiosos da área de saúde coletiva amplia-se. Lideranças sindicais e

populares, além de parlamentares interessados unem-se à causa e forma-se o Movimento pela Reforma Sanitária (RONCALLI, 2003).

Roncalli (2003) comenta que um dos marcos históricos deste movimento foi em 1979, quando acontecia o I Simpósio Nacional de Política de Saúde. Nesta ocasião, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), representante do Movimento pela Reforma Sanitária, propõe a reorganização do sistema de saúde, e dentro desta proposta, nasce a ideia da criação de um sistema universal e descentralizado, um sistema único de saúde.

Para controlar as fraudes, o governo lança em 1981, o Conselho Consultivo de Administração da Saúde Previdenciária (CONASP). Em 1983, é criado a AIS (Ações Integradas de Saúde), um projeto interministerial objetivando um modelo assistencial que incorporasse medidas preventivas, curativas e educativas (RONCALLI, 2003).

É importante citar o que Polignano (2005) escreve sobre o contexto do fim do Regime Militar:

O movimento das DIRETAS JÁ (1985) e a eleição de Tancredo Neves marcaram o fim do regime militar, gerando diversos movimentos sociais inclusive na área da saúde, que culminaram com a criação das associações dos secretários de saúde estaduais (CONASS) ou municipais (CONSEMS), e com a grande mobilização nacional por ocasião da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (Congresso Nacional, 1986), a qual lançou as bases da reforma sanitária e do SUDS (Sistema Único Descentralizado de Saúde) (p. 14).

Nesse contexto, no ano de 1986, acontece o momento mais importante do Movimento Sanitário, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o qual Roncalli (2003) esclarece:

O momento político propício, com o advento da Nova República, pela eleição indireta de um presidente não militar desde 1964, além da perspectiva de uma nova Constituição, contribuíram para que VIII Conferência Nacional de Saúde fosse um marco e, certamente, um divisor de águas dentro do Movimento pela Reforma Sanitária (p. 33).

Sabe-se que a Reforma Sanitária teve boa parte das suas propostas incorporadas pela Assembleia Constituinte na elaboração da Carta Magna. No capítulo VII, da Ordem Social e na seção II, referente à saúde, o artigo 196 da Constituição Federal de 1998 define que “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”

(VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531). Os mesmos autores definem o SUS da seguinte maneira:

[...] é o arranjo organizacional do Estado brasileiro que dá suporte à efetivação da política de saúde no Brasil, e traduz em ação os princípios e diretrizes desta política. Compreende um conjunto das organizações públicas de saúde existentes nos âmbitos municipal, estadual e nacional, e ainda os serviços privados de saúde que o integram funcionalmente para a prestação de serviços usuários do sistema, de forma complementar, quando contratados ou conveniados para tal fim (VASCONCELOS e PASCHE, 2006, p. 531).

O país estava num período pós-ditadura militar, em que não se ouvia falar sobre cidadania. Nessa visão, o SUS é entendido por alguns autores, como Polignano (2005), como um direito de cidadania.

O SUS foi criado na Constituição de 1988, porém foi regulamentado apenas dois anos depois, por meio da Lei nº. 8.080 de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde (LOS). Esta Lei estabeleceu que os recursos destinados ao SUS fossem originados do Orçamento da Seguridade Social. Além disso, o repasse dos recursos aos municípios e estados seria, conforme critérios, como o perfil epidemiológico, o perfil demográfico e as redes de serviço instaladas (BRASIL, 2003).

O Sistema Único de Saúde, garantido pela Constituição e regulado pela LOS, prevê um sistema com princípios doutrinários e organizativos. Os princípios doutrinários dizem respeito às ideias filosóficas que permeiam a implementação do sistema e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam a forma como o sistema deve funcionar, tendo, como eixo norteador, os princípios doutrinários (RONCALLI, 2003, p. 34).

Os princípios doutrinários do SUS são: Universalidade, Equidade e Integralidade. Os princípios organizativos conhecidos são: participação popular, descentralização e comando único, e regionalização e hierarquização (RONCALLI, 2003).

Conforme Polignano (2005), entre 1991 e 1994, no governo de Fernando Collor de Mello, é instituída no país uma política neoliberal e privatizante, que propunha reduzir a economia nacional para o chamado estado mínimo. Neste período, o governo edita as chamadas Normas Operacionais Básicas (NOB's), instrumentos para a regulação da transferência de recursos financeiros da união para os estados e municípios, planejamento de ações e, também, mecanismos de controle social.

A primeira NOB foi editada em 1991. A NOB 01/91 redefine a ordem de financiamento e organização do SUS e institui um serviço de pagamento por produção de serviços. Diante disto, há um modelo de atenção focado na produção e avaliado na quantidade de procedimentos realizados, despreocupado com a qualidade dos resultados (POLIGNANO, 2005).

Em 1993, é criada a NOB 01/93, que designa critérios e categorias para habilitação dos municípios e, conforme o tipo de gestão, diferenciadas formas de repasse dos recursos financeiros. Ainda, em 1993, ocorre a extinção do INAMPS, em decorrência da criação do SUS e do seu comando centralizado pelo MS. Além disso, devido ao envolvimento em corrupção, o presidente Fernando Collor de Mello perde seu mandato presidencial e assume a presidência Itamar Franco (POLIGNANO, 2005).

No ano de 1994, Antônio Britto, Ministro da Previdência, alegando não ter recursos financeiros suficientes para repassar à saúde, declarou que os recursos recolhidos das folhas de pagamento dos empregados e empregadores seriam remetidos apenas para a Previdência Social (POLIGNANO, 2005).

Em 1995, assume a presidência Fernando Henrique Cardoso, que sustenta a política neoliberal. A crise se agrava, e em busca de uma alternativa como fonte para financiamento da saúde, em 1996, o Ministro da Saúde propõe a criação de uma CPMF - Contribuição Provisória sobre a Movimentação Financeira (POLIGNANO, 2005). A crise do financiamento do SUS agrava o funcionamento do sistema, nesse momento, principalmente, no que se refere ao atendimento hospitalar. Também, nesse período, os Hospitais Universitários entram em crise.

Nesse período, é editada a NOB-SUS 01/96, que revoga os modelos de gestão, propostos anteriormente, e propõe dois modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Estes modelos propõem a transferência para os municípios de determinadas responsabilidades de gestão. Uma das medidas mais importantes objetivadas nessa NOB é referente ao repasse dos recursos da união para os municípios, que passa a ser realizado com base num valor per capita fixo (Piso da Atenção Básica – PAB), e não mais vinculado à produção de serviços (BRASIL, 2003).

O PAB resume-se em um montante de recursos financeiros destinados a cobrir as despesas com procedimentos e ações de assistência básica. É definido pela multiplicação de um valor per capita nacional pela população do município e transferido, regularmente, ao fundo de saúde do município (BRASIL, 2003).

Por meio dessas medidas, observa-se a clara intenção da NOB 01/96 de instituir o Programa de Saúde da Família (PSF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), desta forma:

Essa perspectiva faz com que a família passe a ser objeto precípua de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive. Mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e, portanto, da necessidade de intervenções de maior impacto social (POLIGNANO, 2005, pg. 21).

O Ministério da Saúde, por meio da Portaria nº. 648/GM, de 28 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, define que:

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007, p. 12).

De acordo com o CONASS - Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (BRASIL, 2007), subentende-se que a atenção básica inclui procedimentos mais simples, capazes de atender a maior parte dos problemas comuns da saúde da comunidade, embora a sua organização e seu desenvolvimento possam demandar alta complexidade teórica.

Na questão das tecnologias do cuidado envolvidas nesse processo, a atenção básica sustenta-se em ações envolvendo tecnologias leves, “que são as tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização,

acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho” (Koerich, M.S. et al, 2006), e as chamadas leve-duras, “como no caso dos saberes bem estruturados que operam no trabalho em saúde, como a clínica médica, a psicanalítica, a epidemiológica, o taylorismo” (KOERICH, M.S. et al, 2006, p.182).

3.2 Papel do hospital na rede de atenção de saúde

Para Foucault (1979), a palavra hospital de origina-se do latim *hospitalis*, que significa ser hospitaleiro, acolhedor. Antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres, além de ser uma instituição de separação e exclusão. A visão que se tinha, na época, era de que o pobre, por ser pobre, necessitava de assistência, e como doente ele precisava ser recolhido, pois era visto como uma figura perigosa que poderia contagiar a população. O papel do hospital era de prestar asilo a pessoas que estavam morrendo e oferecer os últimos cuidados, bem como o último sacramento. A ideia era de que se tivesse a salvação do doente e, não propriamente, a sua cura.

Nesse período, Foucault (1979) refere que a prática hospitalar não estava envolvida no processo de formação médica. A atuação médica estava ligada à prescrição de receitas, quanto às intervenções nas doenças e o papel do médico era, apenas, de diagnosticar a doença e deixar a natureza agir contra.

Até a metade do século XVIII, hospital e medicina eram independentes um do outro. A medicalização do hospital deu-se devido à confusão que estava instaurada no setor hospitalar. O ponto de partida para a transformação foram os hospitais militares e marítimos. Era através do hospital marítimo que, na França, acontecia o tráfico de mercadorias e especiarias. Além disso, era muito comum, na Europa, naquela época, as pessoas que desembarcassem nos portos passarem um período hospitalizados para que não houvesse o contágio de alguma doença trazida de outro país (FOUCAULT, 1979).

Hospitais militares e marítimos tornaram-se exemplo, porque as normas eram severas no mercantilismo e o preço da mão-de-obra tornou-se elevado. A formação do ser humano, sua aptidão e sua habilidade passaram a contar para

a sociedade. Segundo Foucault (1979, p.105), “não foi a partir de uma técnica médica que o hospital marítimo e militar foi reordenado, mas, essencialmente, a partir de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina”.

Ainda, segundo Foucault (1979, p. 107): “a disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultado os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental”. Por meio da adesão ao poder disciplinar, que é possibilitada a medicalização do hospital. Portanto, a formação da medicina hospitalar é devido à *disciplinarização* do setor hospitalar e, também, à transformação do saber das práticas médicas que ocorreram nessa época.

Para a “nova medicina” a intervenção não é objetivada apenas na doença, propriamente dita, mas sim, em tudo o que a envolve, como o ar, o ambiente, os alimentos, a água e, também, os hábitos de vida do doente. Desta forma, com o atendimento disciplinado era possível criar instrumentos com função terapêutica.

A primeira característica da transformação do hospital, no fim do século XVIII, é que a estrutura e a localização do hospital devem estar de acordo com as questões sanitárias da cidade, sendo que a arquitetura de um hospital deve ser um instrumento de cura.

3.3 Lesões de Pele.

A pele é o maior órgão do corpo, reflete condições físicas e psicológicas e é fundamental para o perfeito funcionamento fisiológico do organismo.

Para RESENDE; BACHION e ARAÚJO (2006), a integridade da pele prejudicada está relacionada a fatores externos, que incluem: hipertermia ou hipotermia, substância química, umidade, fatores mecânicos, imobilização física, radiação, idades extremas, pele molhada, medicações e fatores internos, tais como, estado metabólico alterado, proeminências esqueléticas, déficit imunológico, fatores de desenvolvimento, sensibilidade alterada, estado nutricional alterado, pigmentação alterada, alterações de turgor, estado dos líquidos alterados.

No Brasil, as lesões de pele acometem a população de forma geral, independente de sexo, ou etnia, determinando um alto índice de pessoas com

alterações na integridade da pele, constituindo assim, um sério problema de saúde pública. Porém não há dados estatísticos que comprovem esse fato devido os registros desses atendimentos serem escassos. (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008, P. 99).

O profissional de enfermagem está diretamente ligado ao tratamento de lesões de pele, tanto na atenção primária, secundária como terciária, deve manter a observação dos fatores locais, sistêmicos e externos que condicionam o surgimento da lesão ou interfiram na sua cicatrização. É necessária uma visão clínica que relacione alguns pontos importantes que influenciam nesse processo, como o controle de patologias de base (hipertensão, diabetes mellitus), aspectos nutricionais, infecciosos, medicamentosos e, sobretudo, o rigor e a qualidade do cuidado educativo. Além disso, a importância da associação de curativos adequados que serão utilizados em cada momento da evolução da lesão de pele. (MORAIS; OLIVEIRA; SOARES, 2008, P. 99).

Por meio da observação realizada em visitas domiciliares e atendimentos ambulatoriais a pacientes do SIDHUSM destacam-se como as lesões de pele que mais acometem os pacientes egressos do SIDHUSM as úlceras por pressão adquiridas durante o período de internação hospitalar. Dessa forma, podemos considerar segundo OLIVEIRA apud CARVALHO et al (2007, p. 17) o aparecimento das úlceras por pressão como iatrogenias secundárias a falhas no processo de cuidar, em razão de existir, na atualidade, inúmeras medidas preventivas para o problema, bem como uma variedade de inovações tecnológicas terapêuticas às úlceras por pressão.

A úlcera de pressão, um dos principais exemplos de integridade da pele prejudicada, representa uma ameaça direta para o indivíduo, causando desconforto, prolongamento da doença, demora na reabilitação e alta, podendo até causar morte por septicemia. A úlcera dá origem a uma perda notável de proteínas orgânicas, fluidos e eletrólitos, originando uma debilidade progressiva e podendo permitir, ao longo do tempo, a entrada de organismos infecciosos (SILVA, M. S. M. L., 1998).

É importante citar que a incidência das úlceras de pressão é apontada por estudos internacionais como variando entre 0 a 14% em pacientes hospitalizados, atingindo índices bem mais altos (55 a 66%), quando se trata

de pacientes oriundos de clínicas especializadas como as ortopédicas e de reabilitação (CARVALHO, L. S. de, et al, 2007, p. 80).

3.4 O serviço de internação domiciliar

Com o envelhecimento da população e a cronificação de certas doenças, modalidades alternativas à hospitalização, que utilizam o domicílio como lugar de cura/cuidado, têm apresentado rápido e expressivo crescimento no Brasil, entre elas, a internação domiciliária (MESQUITA et al, 2005).

O modelo de atenção domiciliar à saúde surge como uma alternativa para o desenvolvimento de mudanças sociais e no sistema de saúde (LACERDA et al, 2006). Este modelo tem como pontos fundamentais o cliente, a família, o contexto domiciliar, o cuidador e a equipe multiprofissional. Nessa modalidade de assistência, o profissional pode proporcionar, não apenas, o cuidado ao cliente, mas também realizar um intenso trabalho de educação com cuidadores (FABRÍCIO et al, 2004).

Dessa forma, entende-se que a internação domiciliar é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar (RIBEIRO apud LACERDA et al, 2006).

A visita domiciliar é um dos meios a oferecer suporte ao paciente em internação domiciliar. Concordo com Lacerda (2006) quando fala que a visita domiciliar é uma forma de assistência que dá subsídios para a execução das ações dentro desse modelo assistencial. É por intermédio da visita que os profissionais captam a realidade dos indivíduos assistidos, reconhecendo seus problemas e suas necessidades.

De acordo com o SIDHUSM, são admitidos no serviço pacientes que apresentam problemas de saúde que não demandem necessidades de internação hospitalar convencional e sem condições de acompanhamento ambulatorial. A alta acontece depois que o paciente readquire a independência e recupere as condições para deslocar-se ao HUSM, ou após a vinculação deste paciente à rede pública de saúde.

3.5 Acesso à rede de saúde

A implantação do SUS enquanto política pública deu-se sob a diretriz da descentralização da gestão para as esferas estaduais e municipais, na organização de uma rede de atenção à saúde, que visa atender os princípios da universalidade, integralidade e equidade, tendo o **acesso como um dos principais dispositivos para a garantia da efetivação do direito a saúde**.

Para Fekete (1995), o conceito de **acessibilidade** pode ser definido como grau de ajuste entre as características dos recursos de saúde e a da população, no processo de busca e obtenção da assistência à saúde. Ainda, segundo a mesma autora, interferem na acessibilidade fatores geográficos, organizacionais, sócio-culturais e econômicos.

Millmann (1993) define acesso como o uso oportuno de serviços pessoais de saúde para alcançar os melhores resultados possíveis em saúde. Starfield (2002), ao discutir acesso e acessibilidade, afirma que os mesmos são utilizados de forma ambígua e como sinônimos. Acessibilidade, segundo a autora, possibilita que as pessoas cheguem aos serviços e sejam atendidos em seu primeiro contato com o sistema de saúde. Acesso é a forma como a pessoa experimenta o serviço de saúde. Ainda, para se garantir o acesso há que se ter uma porta de entrada ao serviço de saúde, o que, no Brasil, caracteriza-se pelas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento. Donabedian (1973) refere que para o usuário obter acessibilidade é necessário que lhe sejam garantidas as condições sócio-organizacionais e geográficas.

4 METODOLOGIA

Este estudo objetivou identificar ações implementadas pela rede de atenção básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do SIDHUSM com lesões de pele. Trata-se de *pesquisa qualitativa, descritiva, de caráter exploratório*. De acordo com Minayo (2004), através da pesquisa se tem o conhecimento de como a atividade fundamental da ciência na sua investigação é a descoberta da realidade.

Dessa forma, a pesquisa qualitativa é uma atividade e uma técnica teórica de constante busca que define um método inacabado e permanente, e que se aproxima ao máximo das reais situações, além de nunca se esgotar, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados (MINAYO, 2004).

Para Minayo (2004), este desenho metodológico trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que correspondem a um espaço mais profundo das relações dos processos e dos fenômenos que não podem ser reproduzidos para a operacionalização de variáveis. Ainda, a pesquisa qualitativa permite a aproximação com o sujeito, inserindo-se à realidade de cada um, com suas particularidades.

Toda a intervenção social, conforme Minayo (2004) deveria contemplar o aspecto qualitativo, uma vez que se trata de pessoas, numa determinada condição social, que pertencem a um determinado grupo social ou classe, com crenças, valores e significados atribuídos a suas ações.

A pesquisa descritiva, por sua vez, tem como característica a descrição de fatos e fenômenos de determinada realidade, exigindo do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que conduzirão a coleta e a interpretação dos dados. Para Gil (1995), esta modalidade de pesquisa tem como objetivo a descrição das características de determinada população ou o estabelecimento de relações entre variáveis, utiliza técnicas padronizadas de coletas de dados.

O caráter exploratório para Gil (2002) é definido quando o tema é pouco explorado e tem como intuito proporcionar maior familiaridade com o problema com o intento de torná-lo mais visível para construção de novos pressupostos/hipóteses. Segundo Triviños (1987), em seu estudo descritivo, ressalta que a pesquisa deve ter um certo grau de validade científica, exigindo

do investigador uma precisa delimitação de técnicas, métodos, modelos e teorias que orientem a coleta e a interpretação dos dados.

É importante salientar que esta pesquisa foi desenvolvida junto a trabalhadores da Rede Municipal de Saúde de Santa Maria/RS.

4.1 Aspectos éticos da pesquisa

Para a realização desse estudo foi solicitada a autorização da Secretaria de Saúde do Município de Santa Maria/RS, para acessar as Unidades Básicas de Saúde (Anexo I). Após a obtenção da autorização, foi realizado o registro junto ao Sistema Nacional de Informações sobre Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos - SISNEP. Também o projeto foi registrado junto ao Gabinete de Projetos – GAP do Centro de Ciências da Saúde - CCS. Na sequência, a proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria - UFSM a qual foi aprovada sob o número de Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE): 0004.0.243.000-10 (Anexo II).

Procurando assegurar e valorizar uma condução ética, durante todo o processo desta pesquisa, apoiei-me nas orientações e disposições da Resolução nº. 196/96, do Ministério da Saúde, na qual estão descritas as diretrizes e normas, que regulamentam os processos investigativos, que envolvem seres humanos. Em consonância com a referida norma, foi elaborado o termo de confidencialidade (Apêndice I).

Os objetivos e a metodologia foram apresentados de forma clara, com linguagem acessível aos participantes, os quais tiveram garantido o anonimato e a confidencialidade de suas informações. Além disso, a liberdade de participação espontânea e o direito de desistência, em qualquer momento da pesquisa, foram preservados e explicitados. As determinações desta resolução levaram a entender que o pesquisador tem um compromisso ético com os participantes envolvidos na pesquisa, e o resultado retornado a eles.

Para assegurar o anonimato dos entrevistados e das pessoas citadas, na transcrição dos dados não foram identificados os nomes mencionados nas falas dos entrevistados. Durante a análise dos dados, os entrevistados foram identificados pelos pseudônimos *Entrevistado 1*, *Entrevistado 2*, *Entrevistado 3*,

Entrevistado 4, Entrevistado 5 e Entrevistado 6, nomeados segundo a ordem da realização das entrevistas.

4.2 Sujeitos do estudo

O universo de estudo constituiu-se por seis (6) trabalhadores da Rede Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, sendo que destes, participaram da coleta de dados dois (2) gestores responsáveis pela Atenção Básica na SMS; dois (2) coordenadores de equipe de duas (2) Unidades de Estratégia da Saúde da Família e dois (2) coordenadores de Unidades Básicas de Saúde.

4.3 Coleta de dados

Os dados utilizados nesse trabalho foram obtidos por meio de entrevistas a profissionais e gestores da SMS. As entrevistas seguiam um roteiro, contendo questões abertas que abordavam as atividades e organização do acesso dos usuários no serviço, tratamento e acompanhamento domiciliar (Apêndice III).

Os sujeitos foram previamente contatados, por meio de telefonema, para agendamento das entrevistas. As entrevistas foram todas realizadas, conforme a disponibilidade do sujeito e no local de sua preferência.

As entrevistas foram gravadas e sua transcrição ocorreu no mesmo dia da sua realização. As gravações e transcrições ficarão arquivadas sob responsabilidade do pesquisador docente por cinco (5) anos.

4.4 Análise de dados

A análise dos dados ocorreu a partir de análise temas emergentes das falas dos entrevistados.

A partir dos temas destacados nas falas dos entrevistados organizou-se a análise em categorias, configurando-se então subtítulos do capítulo seguinte.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Para responder os objetivos desse estudo sobre o entendimento que possuem os gestores da atenção básica e coordenadores de unidades básicas convencionais e com Estratégia de Saúde da Família sobre ações implementadas na Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do SIDHUSM com lesões de pele, organizei a análise a partir de temas que emergem das falas dos entrevistados; organização, processo de trabalho e relação da rede com o SIDHUSM.

5.1 Organização da Rede de Atenção de Saúde de Santa Maria/RS

O município de Santa Maria, localizado no Centro do Estado do Rio Grande do Sul, a 292 km de Porto Alegre, está situado na mesma região Oeste, é o principal polo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado integrada, administrativamente, pelas 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS), da Secretaria Estadual de Saúde (SES). Santa Maria integra a área da 4ª CRS e a população estimada para no ano de 2009 é de 268.969 habitantes (SMS/2010).

No ano de 2005, a Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria constituiu o Núcleo de Atenção Básica (NAB) responsável pela coordenação técnica das políticas públicas de saúde no município. Atualmente, integram esse núcleo as seguintes políticas: Política Municipal da Saúde da Criança e Adolescente; Política Municipal da Saúde da Mulher; Política Municipal do Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa; Política Municipal de Alimentação e Nutrição; Política Municipal da Hipertensão e Diabetes; Política Municipal HIV/AIDS e Política Municipal de Tuberculose.

Quanto à modalidade de gestão do sistema local, esta é da Gestão Plena da Atenção Básica conformada por uma rede de serviços de atenção básica e de média densidade tecnológica. Para o Ministério da Saúde (2003) na modalidade de Gestão Plena da Atenção Básica, o município assume a responsabilidade pela gestão e execução da assistência ambulatorial básica (procedimentos incluídos no PAB), das ações de vigilância epidemiológica e sanitária; gestão de todas as unidades básicas de saúde (públicas e privadas)

vinculadas ao SUS; elaboração da programação pactuada e integrada; autorização das internações hospitalares e procedimentos ambulatoriais especializados e controle e avaliação da assistência básica.

Sobre a adesão dos municípios a modalidades de gestão, afirmam Carvalho et al (no prelo) que, em 1996, 63% dos municípios brasileiros estavam habilitados em alguma modalidade de gestão, sendo predominante a condição de gestão semiplena. Com a publicação da NOB/96, os papéis dos níveis municipal, estadual e federal, no âmbito do SUS, são definidos de forma mais objetiva. É estabelecido um valor per capita (PAB fixo) para o custeio das ações básicas de assistência à saúde (consulta médica em clínica geral, pediatria e ginecologia, atendimentos de enfermagem e atendimentos básicos em odontologia), além das ações de vigilância epidemiológica e sanitária (PAB Variável).

Em Santa Maria, a rede de atenção é composta por serviços de diferentes densidades tecnológicas, a saber: na Atenção Básica existem Unidades Convencionais de Saúde- UCS e Unidades de Estratégia de Saúde da Família- ESF. São serviços especializados de média densidade tecnológica: Erasmo Crosseti e Nossa Senhora do Rosário; Pronto-Atendimento Municipal Tancredo Neves, Patronato e Pronto-Atendimento Odontológico; Vigilância em Saúde; Farmácia Popular do Brasil; Farmácia Municipal e Laboratório Municipal. Dispõem ainda de serviços de Pronto-Atendimento Infantil e Adulto, Pronto-Atendimento Odontológico, quatro Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS), um Ambulatório de Saúde Mental, Casa Treze de Maio, Política HIV/AIDS, Setor de Tuberculose, dois Centros Especializados: Erasmo Crossetti e Centro Nossa Senhora do Rosário (SMS/2010).

O mapa a seguir apresenta a distribuição espacial dos serviços de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS no ano de 2010.



Fonte: SIMS de Santa Maria/RS, 2010.

Com relação à organização da rede manifestam-se os entrevistados que:

“[...] trabalho na parte de gestão, sou responsável pela Estratégia de Saúde da Família, e pelas Unidades Básicas, assim como o Núcleo de Atenção Básica, aqui na Secretaria.” (Entrevistado 1)

“Hoje eu estou extremamente responsável pela cobertura do município.” (Entrevistado 2)

Segundo dados do Sistema de Informações da Atenção Básica do Ministério da Saúde - SIAB/MS, no mês de dezembro de 2009, estavam cadastradas no município de Santa Maria 24.922 famílias, as quais são atendidas nas Unidades Convencionais e de Estratégia de Saúde da Família na rede de atenção básica de Santa Maria/RS.

Nessa conjuntura, relata o *Entrevistado 1*:

“E a organização segue o cronograma, fluxo normal, cada unidade desenvolve suas atividades, não sei se tu sabe que a Unidade Básica tem um especialista gineco e um pediatra, um enfermeiro e um técnico; e nas Estratégias não tem essas especialidades só um médico, e mantenho reunião constante com eles, até pra ver o trabalho que eles estão desenvolvendo, principalmente a parte preventiva.”

Na atenção básica, o município de Santa Maria possui uma rede constituída por 21 Unidades Convencionais de Saúde – UCS. São as seguintes unidades: Kennedy; Joy Bets; Itararé; Mozzaquatro; Rosário; Centro Social

Urbano; Roberto Binato; Dom Antônio Reis; Floriano Rocha, Rubem Noal, Wilson Paulo Noal; Walter Aita e Oneyde Carvalho.

Sobre essa denominação, Weiller (2008) define como UCS aquelas unidades marcadas por uma oferta da demanda espontânea, especialmente, por consulta médica e atendimentos aos programas verticais, sendo que não existem rotinas para o acolhimento da população.

Sobre a caracterização das UCS existentes na rede de atenção, manifesta-se o entrevistado que:

“[...] os nossos serviços aqui são basicamente o atendimento de consulta inicial ao paciente; onde a gente recebe o paciente, é encaminhado a uma enfermagem onde geralmente é feita uma triagem, e após isso uma consulta com o médico ou um clínico geral ou então um especialista, como nós temos aqui ginecologistas, pediatras e também temos a parte de odonto. Tudo isso a pessoa, a pessoa procura durante o dia e as consultas são todas marcadas pro próprio dia. Ocorrendo um caso de urgência ou emergência a gente tem uma ambulância aqui na unidade e a gente encaminha pro devido local, ou PA do Patronato, ou a Protege no caso de, se for, lesão de traumato, ou até mesmo pro HUSM, dependendo do caso.” (Entrevistado 6)

A fala abaixo revela, ainda, que a forma de gestão da secretaria está, fortemente, marcada pela centralidade da gestão de tal sorte que:

“[...] eles estão organizados da seguinte forma: a central de curativos é aqui comigo na secretaria de saúde e como todas as enfermeiras estão aptas a realizar este procedimento, se distribui para as unidades básicas após conversa com a enfermeira, dessa forma.” (Entrevistado 2)

Atualmente, existem na rede básica de saúde de Santa Maria/RS 13 unidades com Estratégia de Saúde da Família (ESF), com 16 equipes (três equipes duplas), com cobertura de 20% da população municipal. Integram as equipes, 64 Agentes Comunitários de Saúde. São as seguintes as unidades: Bela União; Roberto Binato; Lídia; Vitor Hoffman; Parque Pinheiro Machado; São João; Alto da Boa Vista; São José; Maringá; Urlândia e Santos.

Mendes apud Weiller (2008) afirma que municípios que possuem cobertura populacional por ESF entre 25 a 50% encontram-se no que denomina de baixa institucionalização do programa, o que segundo o autor, pressupõe uma hegemonia, no território em questão, do modelo convencional. Weiller (2008) aponta que um dos fatores que tem contribuído para a não efetivação da ESF na mudança do modelo assistencial está diretamente relacionado à baixa vocalização dos usuários, fato que tem se traduzido na não institucionalização da ESF no espaço local.

A fala do entrevistado, a seguir, revela que apesar de estar inserido em uma unidade de ESF o modelo de assistência em curso em muito pouco se diferencia de uma UCS.

“No caso pra gente se, pra ter um referencial, nós atendemos, pra bem atender, passam doze, digamos assim, fichas; que não são, não seria esse o nome, mas são as fichas e todos os acolhimentos, toda a pessoa que vem até a unidade, ela não sai daqui sem ser acolhida e sem ter resolvido o ser problema, mesmo que seja só uma contra-ref, mesmo que a gente tenha que referenciar essa pessoa para outro serviço.” (Entrevistado 5)

Nesse sentido, é relevante citar Feuerwerker e Mehry (2008):

Apesar da tentativa de fortalecer a programação em saúde como alternativa para qualificar a atenção, verifica-se a reprodução da prática clínica de pronto-atendimento na atenção básica, em função da tensão permanente entre a oferta programada de ações de saúde e a demanda espontânea. [...] Tudo isso acarreta um descontinuidade da atenção, dificuldade de adesão por parte dos usuários e impacto limitado, especialmente no controle das doenças crônicas (p. 181).

Para Mendes (2007), as características estruturais de um sistema de saúde podem determinar o seu grau de integração. Neste sentido, o Ministério da Saúde (2010) profere que as políticas em saúde devem primar pela integração de todos os níveis de complexidade e pela intersectorialidade das ações e dos serviços prestados. Cabe à direção municipal do SUS a gestão da rede de serviços em seu território, além de estabelecer parcerias com municípios vizinhos, a fim de garantir o atendimento necessário à sua população.

Ainda, segundo o Ministério da Saúde (2010), os componentes da Rede de Atenção à Saúde são as unidades de atenção/produção de saúde; sistemas de apoio diagnóstico, de assistência farmacêutica e de informação e vigilância em saúde; sistemas logísticos de identificação de usuários e prontuários, centrais de regulação, sistema de transporte sanitário, de suprimento e manutenção e sistema de gestão e governança.

5.2 Organização do trabalho

Para Marx (1974), a utilização da força de trabalho é o próprio trabalho.

Antes de tudo, o trabalho é um processo de que participam o homem e a natureza, processo em que o ser humano com sua própria ação impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza. [...] Atuando assim sobre a natureza externa e modificando-a, ao mesmo tempo modifica sua própria natureza. Desenvolve as potencialidades nela adormecidas e submete ao seu domínio o jogo

das forças naturais. Não se trata aqui das formas instintivas, animais, de trabalho. [...] Pressupomos o trabalho sob forma exclusivamente humana (MARX, 1974, on-line).

Na área da saúde, segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009), para a realização de um trabalho, existe sempre uma prescrição que consiste em objetivos definidos, regras e procedimentos relativos aos resultados esperados e a maneira de obtê-los. A prescrição é feita pela sociedade e pela instituição, mas também pelo próprio trabalhador e pelos colegas de trabalho, individualmente, e em grupo. A prescrição não é apenas o oficial, mas também o oficioso, a maneira como os trabalhadores organizam-se para fazer ou não o que está prescrito.

Pode-se perceber que emerge das falas o papel que tem os entrevistados na organização e gestão da atenção nos seus espaços de atuação profissional. Identifica-se que o modelo de gestão predominante nesses espaços sustenta-se no Taylorismo. Este é marcado pela divisão das tarefas de trabalho dentro da unidade, especialização do trabalhador e uso de métodos padronizados para aumentar a produtividade. Neste contexto afirma o *Entrevistado 3* que:

“Tem os serviços da parte da enfermagem, verificação de pressão arterial, glicemia, teste do pezinho, a consulta de enfermagem, tem sala de vacina, curativos; tem o pediatra, atendimento da pediatria, três pediatras: dois da rede e um do HUSM; tem dois ginecologistas que atende; tem dentistas, dois dentistas, tem mais agora que está sendo emprestado aqui da parte de periodontia; tem mais um projeto que está sendo desenvolvido com uma dentista que é lá da unidade XX, que faz um trabalho, um projeto com as crianças, tem a fisioterapia que sou eu que trabalho; o atendimento aqui que a gente faz atendimento de grupo; atendimento individualizado; sala de espera, essas coisas assim; que mais? Tem dois clínicos gerais da rede, mais o clínico da UFSM; que mais? Tem de manhã também dois clínicos que vem na segunda, acho que na segunda, terça e se não me engano na quinta, segunda e terça acho que é.”

É importante afirmar que esse modelo de administração proveniente da gestão da indústria vai tomando de assalto todos os setores da vida na sociedade, marcando de forma indelével o modelo de atenção fragmentado, especializado, hierarquizado na saúde, também denominado de modelo biomédico como relata o *Entrevistado 3*:

“Aqui são agendadas então, são oferecidas dentro de cada parte clínica, pode ser encaminhado para especialista, daí é feito agendamentos com especialistas, dentro da parte de ginecologia faz o citopatológico, tem acompanhamento de gestante, daí tem, daí tem todos os encaminhamentos que saem desses, desses profissionais para os especialistas, daí vai exames de ultrassom, mamografia, agendamentos como eu já te falei com os especialistas.”

Na fala do *Entrevistado 4*, destacamos a disciplina na distribuição de atribuições e responsabilidades, pois verificamos que este se utiliza de métodos de trabalho que possibilitam eliminar o imprevisto, outras características comuns ao Taylorismo:

“[...] as atividades daqui da unidade a gente tem um cronograma semanal dos enfermeiros pra gente poder se programar pra visita domiciliar, pra atendimento às gestantes, puericultura, puérperas, que nós acabamos agendando esses procedimentos. Então a gente tem um cronograma que é nosso, dos enfermeiros, depois tem o atendimento na unidade, atendimento médico durante a manhã, daí que a gente tem um médico fixo pra atendimento aqui na unidade, e um médico, da Estratégia da Saúde da Família; infelizmente a gente tem só um médico da Estratégia, acaba ficando uma área descoberta, mas ele atende a todos dentro do possível. Nós temos coletas de CP, também que é agendado aqui na unidade, puericultura como eu já falei, a gente está agora, com, assim. Eventualmente a gente faz alguns mutirões pra atender a toda a demanda de saúde da mulher, que é um bairro bem grande, com bastante mulheres e acaba precisando fazer esse mutirões, que a gente dá conta de fazer os CP's de todas, todas que solicitam.”

Para Abrahão (2007) o ideal é que seja discutida a importância do trabalho por uma via transdisciplinar. Entretanto, o que tem prevalecido no interior das equipes é o recorte multidisciplinar em uma lógica de estratificação atributiva que define os papéis de um modo rígido no desenvolvimento de ações, com a preservação dos campos de domínios e o *status quo* de cada corporação profissional que compõem as equipes de saúde.

É possível identificar nas falas que a presença de profissionais da residência multiprofissional assume papel importante na forma de organizar e produzir demandas para os serviços.

Nesse contexto, o *Entrevistado 5*, ao falar de seu trabalho, revela que:

“[...] nosso trabalho na verdade agora está se, a gente tem trabalhado muito em cima das demandas da residência multiprofissional, e também, por exemplo assim, aqui como o atendimento, o acolhimento no caso se dá todas as manhãs com a médica e as estudantes e com o pessoal da equipe de enfermagem, desde a recepção nós fazemos o acolhimento.”

Nesse contexto, a proposta de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde – RMISPS/UFSM tem como objetivo qualificar profissionais da saúde para atuar em sistemas e serviços públicos, a partir da inserção dos mesmos em serviços de saúde de diferentes níveis de complexidade do sistema - Gestão e Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde da Família, Atenção em Rede Hospitalar -, onde possam realizar práticas que integrem ensino-pesquisa-extensão-assistência-gestão alinhadas aos Princípios do Sistema Único de Saúde (UFSM, 2008).

Para Ferreira e Olschowsky (2009 p.722): “a Residência Integrada em Saúde busca o trabalho coletivo, ressaltando a necessidade de valorização a

multiprofissionalidade nos processos, propondo uma ruptura com a visão reducionista”.

Nesse sentido ainda, os autores descrevem:

A nomenclatura ‘Residência Integrada em Saúde’ é entendida equivocadamente como uma integração de outras categorias profissionais com a Residência Médica. Entretanto, um programa de residência, mesmo que constituído de uma única profissão, pode ser chamado de ‘integrado’, pois é estruturado no estabelecimento de conexões multiprofissionais e interdisciplinares no ensino, nas aprendizagens e nos ambientes de trabalho e, assim, buscando a integração dos diferentes saberes na saúde (p. 107).

De acordo com Junges (2009), o olhar multiprofissional permite uma clínica ampliada. Ela integra, além de conhecimentos específicos sobre a ontologia das doenças, saberes mais ligados ao contexto e às subjetividades implicadas, permitindo uma verdadeira hermenêutica clínica.

Campos apud Cunha (2004) propõe o método da co-gestão de coletivos, no qual o(s) sujeito (s) é co-produzido, dialeticamente, pela tensão constante entre as forças externas e internas. Desta forma, segundo Cunha (2004), o profissional de saúde é entendido como um sujeito co-produzido que está inserido numa instituição de saúde e munido de saberes específicos e está “tensionado” por forças universais de particulares que o constituem.

Nessa perspectiva, a influência e os limites da ciência podem ser reconhecidos e ponderados em cada situação singular de forma que seus pressupostos possam ser vistos de forma crítica e não como doutrina, além disso, enxergando com olhos diversos os mesmos problemas e a natureza.

5.3 Mecanismos disponíveis para a internação domiciliar na atenção básica

Segundo Feuerwerker e Mehry (2008), no SUS, integralidade pode ser traduzida pelo compromisso de garantir a atenção a todas as necessidades de saúde de cada brasileiro. No Brasil, dois tipos de estratégia vêm sendo implementados para construir a integralidade. O primeiro propõe a transformação do modelo tecno-assistencial por meio da implementação maciça da saúde da família e da ampliação da ênfase sobre a promoção à saúde. O segundo tipo propõe a transformação da atenção tomando como centro as necessidades de saúde para a construção de linhas de cuidado que

atrassem todos os níveis da atenção e assegurem acesso e continuidade do cuidado.

Quando analiso a estratégia que a gestão local esta tomando para ampliar ou não a ESF, verifico que esta se encontra vulnerável, na medida em que, ainda, não se consolidou com uma “estratégia” para mudar o modelo de atenção.

Feuerwerker e Mehry (2008) citam como exemplo da segunda estratégia para a construção da integralidade, a modalidade Atenção de Internação Domiciliar, sendo que dentre estas estratégias, a mais divulgada e conhecida é a ESF. Entretanto, frente à complexidade da realidade sanitária brasileira, decorrente da mudança do perfil etário da população, a doença crônica, por si só, desestrutura e impõe mudanças na vida pessoal e familiar dos doentes, tanto nos aspectos biológicos quanto nos sociais e emocionais, o que implica na necessidade de suporte da família, dos amigos e da equipe de saúde para enfrentar a situação vivenciada.

São quatro modalidades da Atenção Domiciliar, estudadas e apresentadas por autores, e concordantes com os termos observados na Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº. 11, de 26 de janeiro de 2006, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico de funcionamento de serviços que prestam atenção domiciliar.

Para Lacerda et al (2006), *Atenção Domiciliar* é a modalidade de atenção de maior amplitude, pois, envolve ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação, desenvolvidas em domicílio. No mesmo sentido, afirmam os autores que *Atendimento Domiciliar* é o conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas, desenvolvidas em domicílio.

Para Ribeiro (2004) *apud* Lacerda et al (2006), *Internação Domiciliar* é uma atividade continuada, com oferta de tecnologia e de recursos humanos, equipamentos, materiais e medicamentos, para pacientes em estados mais complexos, que demandam assistência semelhante à oferecida em ambiente hospitalar.

A *Visita Domiciliar* pode ser considerada um contato pontual de profissionais de saúde com as populações de risco, enfermos e seus familiares para a coleta de informações e/ou orientações.

Em 2006, o Ministério da Saúde – MS por meio da Portaria nº. 2.529/06, instituiu a Internação Domiciliar- ID no âmbito do SUS. Além disso, define “[..] como ID, no âmbito do SUS, o conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe exclusiva para este fim” (BRASIL, 2006, p. 01).

Quando questionados sobre o papel do SIDHUSM em relação a pacientes com lesões de pele, os entrevistados citam que:

“É bem importante isso, até a parte da Atenção Básica, eles visitam, às vezes, algum paciente, pra ver como é que está evoluindo as lesões, e é um serviço assim que eu acho de grande validade, porque a gente consegue tratar os pacientes domiciliarmente, em vez de estar em um hospital sujeito até a uma infecção.” (Entrevistado 1)

Para Brondani (2008), o modelo de saúde, com caráter hospitalocêntrico e imediatista, é adequado para o atendimento de doenças com curso e resolutividade rápidos. Desta forma, a autora acredita ser necessária a existência de outras modalidades alternativas de atenção, dentre elas, destaque-se a internação domiciliar, que objetiva a desospitalização precoce, a diminuição das reinternações e a um processo terapêutico mais humanizado.

O Serviço de Internação Domiciliar no Hospital Universitário da UFSM nasceu em decorrência da pactuação da instituição, por ocasião da contratualização realizada no ano de 2005, tendo como base legal a Portaria nº. 2.416, de 23 de março de 1998, a qual estabelece requisitos para credenciamento de hospitais e critérios para a realização de internação domiciliar no SUS.

O Anexo III apresenta o fluxograma da rotina do SIDHUSM a partir de quando acontece o encaminhamento de um encaminhamento de paciente.

Atualmente, a equipe é composta por 01 fisioterapeuta, 01 médico; 01 residente de medicina; acadêmico do curso de medicina, 02 enfermeiros, 01 auxiliar de enfermagem; acadêmicos do curso de enfermagem; 01 assistente social e 01 nutricionista.

O plano terapêutico é definido a partir das visitas domiciliares realizadas, semanalmente, as quais possibilitam avaliar o contexto socioeconômico da

família, grau de instrução do cuidador, disponibilidades de recursos materiais no espaço domiciliar e a complexidade do cuidado. Posteriormente, em *round*, a equipe discute e traça o plano de cuidado estabelecendo as responsabilidades dos diferentes sujeitos envolvidos no cuidado.

Sobre esse tema, o *Entrevistado 2* manifesta ter vivenciado o trabalho desenvolvido por um serviço de internação domiciliar, pois:

“[...] alguns anos atrás a gente trabalhou na Casa de Saúde com a internação domiciliar, que a gente tinha um vínculo bem, bem assim próximo com o da universidade.”

O SIDHUSM visa à assistência integral ao paciente, após sua alta hospitalar e a sua inserção na rede básica de saúde, almejando a redefinição da saúde preventiva. Até o mês de abril de 2010, foram encaminhados ao SIDHUSM 751 pacientes, destes, foram internados 595, desde maio de 2005, quando se iniciaram as atividades do serviço. O quadro a seguir revela a procedência das unidades e clínicas do HUSM, que encaminham ao serviço.

ENCAMINHAMENTOS POR ESPECIALIDADE	ENCAMINHAMENTO INTERNAÇÕES/ POR SETOR
Neurologia – 142	Pronto Socorro – 169
Onco-Hemato -141	4º andar – 57
Medicina Interna – 170	5º andar – 170
Pneumologia – 34	3º andar – 89
Cirurgia – 65	UTI Ped. – 04
Pediatria – 11	Paulo Guedes – 02
Nefrologia – 17	C. C – 03
Psiquiatria -04	Ambulatório Oncologia – 15
Cardiologia – 22	2º andar – 28
Infectologia – 34	CTCriaC – 03
Traumatologia – 47	Ambulatório Med. Interna – 26
Gastro – 12	Ambulatório Infecto – 07
Vascular – 08	Ambulatório SID: 11
Obstetrícia – 15	Pediatria 6º: 1
Amb. Pediatria – 1	Amb. Pediatria: 1
Amb. SID: 11	Amb. DI: 4
Cab. Pescoço: 1	Serdequin: 1
Amb. DI: 3	Amb. Cab. Pescoço: 1
Abm. UCI: 1	Amb. UCI: 1
Total de Encaminhamentos: 751	Total de Internações: 595

Fonte: SIDHUSM,(2010).

Para um usuário ser admitido no SIDHUSM faz-se mister a consideração de alguns critérios, tais como: possuir registro no HUSM (SAME), ter um

cuidador responsável e ter interesse em receber o atendimento e colaborar com a equipe multiprofissional do serviço.

Nesse sentido, Brondani (2008) reitera que o cuidado domiciliar adequado pode prevenir ou retardar complicações, diminuindo o número de reinternações hospitalares, visto que as reinternações contribuem para o aumento na média de permanência hospitalar, com elevação dos custos hospitalares e podem levar ao desgaste físico e emocional do doente e sua família.

Para atuar junto à família, é importante conhecer as peculiaridades, a cultura, os valores dos doentes e de seus cuidadores, e, assim, desenvolver uma assistência integral, de modo a contemplar as necessidades de saúde singulares de cada família. Saber o que pensam os pacientes e seus cuidadores e familiares pode ajudar a equipe a organizar e planejar a assistência de forma mais efetiva, possibilitando uma melhor adesão ao tratamento e às intervenções adequadas às necessidades. É essencial que se experimentem novas estratégias de intervenção no atendimento às famílias, buscando um modelo de atenção que valorize o ser humano, percebendo-o como um ser único, integral e cidadão (BRONDANI, 2008).

Depreende-se das entrevistas com os gestores o conhecimento sobre a existência do SIDHUSM, bem como, a existência de uma linha de comunicação entre as equipes, que atuam no espaço da atenção básica, pois, como afirma o *Entrevistado 4*:

“A gente tem um contato com o HUSM, quando fazem internação domiciliar, até pra não sobrecarregar o paciente, porque daí tem o atendimento da equipe de PSF, e o atendimento do HUSM, então pra que não aconteça isso a gente tem um contato com o Universitário pra gente se organizar nesse sentido.”

Segundo o Ministério da Saúde (2006), a formulação de uma modalidade de assistência que objetiva a internação em regime domiciliar, mais do que promover atenção humanizada aos usuários, torna-se, por ser elemento de ligação, uma peça potencialmente importante para a construção de relacionamentos na rede. Neste contexto, o *Entrevistado 2* relata:

“[...] eu hoje não tenho conhecimento de que é feito essa conversa com as unidades básicas pós-alta. Antigamente eu sei que existia, hoje eu não sei se existe até porque no município tem hoje uma média de 822 pacientes internados domiciliar com lesões de pele e não, então assim, eu não sei te dizer especificamente se a internação do HUSM está tendo contato previamente com as enfermeiras das unidades básicas. Antigamente acontecia isso, hoje eu não sei.”

Com relação ao que afirmam os entrevistados, acima, por ocasião da realização do Estágio Supervisionado I e II, foi possível observar a existência de comunicação/contato entre a equipe do SIDHUSM e da atenção básica. O contato se faz por ocasião da alta do usuário do serviço do SIDHUSM, para encaminhamentos, ou se faz este contato, quando os usuários não preenchem os critérios exigidos pelo serviço para internação hospitalar e domiciliar, aproximando o usuário com a equipe de referência. Entretanto, verifica-se que, durante os procedimentos realizados no domicílio pela equipe do SIDHUSM, o envolvimento da equipe de referência não existe em função da baixa linha de comunicação\contato que ambos apresentam. Um dos fatores que tem contribuído para dificultar essa “conversa”, segundo os membros da equipe, deve-se ao fato de que alguns usuários residem em áreas não cobertas por ESF, pois, as UCS não realizam o atendimento domiciliar.

A partir da experiência vivenciada, durante o 7º e 8º semestres, nos estágios finais da graduação, foi possível identificar, dentro do universo de usuários do SIDHUSM, desde 2005, embora sem dados estatísticos para comprovação, uma incidência alta de pacientes com lesões de pele ocasionada por úlceras por decúbito no decorrer da internação hospitalar principalmente.

Com relação à estrutura material existente na atenção básica para atendimento de usuários com lesão de pele, egressos do SIDHUSM, os entrevistados afirmam que:

“Nós temos no momento, dois tipos de curativo, que é o carvão ativado e o curatec. Só, a princípio esses dois, mas já veio da Secretaria, nessa reunião que eu participei, informações que serão oito tipos de curativos, mas ainda é um pedido que está sendo estudado e vai depender de cada região, onde tiver maior procura eles vão intensificar o número de curativos de cobertura.” (Entrevistado 4)

Nesse mesmo contexto, aponta o *Entrevistado 5* que:

“[...] aí eu já fico meio assim pra falar, porque a gente sempre teve dificuldade de conseguir o material na rede, porque inclusive a professora [...] dessa acadêmica, [...] ela, às vezes, ela vinha me pedir algum material, se a unidade tinha esse material, como o carvão ativado, como um curativo mais especial assim, e a gente nunca tinha esse retorno; depois de muito tempo, de muito pedir aí sim veio carvão ativado, até veio depois que esse paciente não estava mais precisando desse material.”

Assim sendo, identificamos a dificuldade que existe na rede para atender a demanda de pacientes com lesão de pele devido à carência de materiais para a sequência do atendimento aos usuários egressos do serviço hospitalar/domiciliar.

O *Entrevistado 6*, por sua vez, revela que o serviço de atenção básica é demandado pelos familiares que possuem familiar egresso do HUSM e apresenta demandas de cuidados contínuos:

“[...] um familiar nos procura aqui, nos trazendo a indicação, ou o receituário lá do HUSM, pedindo esse acompanhamento, a gente faz um primeiro contato, a nossa enfermeira vai com a ambulância até, até, a residência, vê qual a intensidade ou a gravidade do caso. O primeiro curativo pós-alta é feito aqui na unidade, devido à higienização das salas, eles são conduzidos pela ambulância aqui pra unidade, é feito esse curativo, a avaliação toda, se é uma lesão de alta gravidade os curativos continuam sendo feitos diariamente aqui na unidade. A gente busca o paciente em casa e faz aqui. Dependendo se a gravidade é um pouco menor, a nossa enfermeira vai até a residência, vai fazer o curativo. Se for um caso mais, mais brando, o pessoal da enfermagem orienta, dá o material, dá toda a explicação de como deve ser feito o curativo pra pessoa, para o acompanhante. O cuidador dessa pessoa pode fazer o curativo.”

A alta do SIDHUSM ocorre nas seguintes situações: óbito, melhora do estado clínico, quando a internação ultrapassa 30 dias (RDC n.11\2006), nas situações em que se faz necessária a reinternação hospitalar, e, quando é possível transferir o usuário para as equipes das UBS's e ESF's.

Para Feuerwerker e Mehry (2008), quando ocorre a regulação do paciente na atenção básica, os equipamentos e arranjos de atenção tornam-se, ao mesmo tempo, dispositivos efetivos de tensão entre novas práticas e o modelo hegemônico, e entre velhos hábitos e lugares que produzem melhores ideais na construção de formas sociais de tratar e cuidar do sofrimento.

Ao perguntar-se aos trabalhadores sobre os desafios que os mesmos identificam junto a rede de atenção básica para o estabelecimento da referência e contra-referência, do HUSM/SIDHUSM/REDE manifesta-se o *Entrevistado 1* que:

“[...] o meu maior desafio, hoje, seria a contra-referência do HUSM e que as unidades básicas e os ESF's fossem dar um atendimento paralelo a esses pacientes que estão em internação domiciliar que seria o ideal, no momento que eles saíssem e o HUSM referenciasse a unidade básica, o PSF e eles fossem fazer esse tipo de atendimento. Isso seria assim, pra mim seria um desafio que deve ser vencido ainda, porque a gente sabe que isso muitas vezes não acontece, tem algumas equipes sim que vão e que procuram, que se interessam, e tem outras que a gente tem que estar em cima, tá pedindo. Mas eu acho que o ideal seria que fosse [...] que fosse uma coisa bem, um fluxo, que a gente não precisasse intervir muito, que era uma coisa que tivesse uma continuidade.”

Nesse enfoque, integro-me aos pensamentos de Mendes (2007), quando diz que os sistemas organizados de prestação de serviços de saúde atuam como redes de organizações que prestam serviços continuados a uma população definida e que se responsabilizam pelos resultados clínicos, financeiros e sanitários relativos à população a que servem.

Em relação ao atendimento de usuários com lesão de pele que encontram no espaço domiciliar, temos o depoimento do *Entrevistado 2*:

“Olha, em relação às lesões de pele, eu acredito que nós deveríamos ter a nível municipal uma central de lesões de pele, que eu acho que daria cobertura e assistência para um grande número de pacientes, hoje a gente tem essa deficiência.”

Entretanto, o *Entrevistado 3* revela que a rede apresenta limites para responder a demanda de usuários com lesões de pele:

“A gente não tem estrutura, nem profissional que dê suporte. Porque se eu tirar os profissionais daqui de dentro pra fazer esse acompanhamento, por exemplo, no domicílio, é difícil, o que pode ser feito é que eles tenham vínculo, cada um voltando pra sua unidade de origem e fazendo um acompanhamento, mas aquilo que eu te digo assim, dependendo do tipo de lesão de pele que não possa ser tratado no clínico precisa de um especialista. Então o que vai ter que fazer, ele vai ter que fazer um controle com um clínico e dependendo da situação tem que ser encaminhado para um especialista, da rede.”

Segundo o *Entrevistado 4*, o estabelecimento de uma rede de referência e contra-referência revela que:

“[...] o desafio maior é a sobrecarga dos hospitais que estão com uma demanda muito grande. Os pacientes acabam internando, saem do hospital, precisam de uma nova reavaliação e esse retorno é bem difícil. Uma dificuldade que a gente está tendo é realmente de ter essa resposta do hospital e também não poder atender a toda demanda a domicílio, que seria o atendimento do médico. Porque a equipe toda até consegue, tem os técnicos e enfermeiros suficientes, mas falta a visita domiciliar do médico, que eu acho que é indispensável pra ter esse retorno pro próprio hospital. O paciente sai do hospital, precisa de acompanhamento clínico, que a gente infelizmente precisa e está ficando um pouco a desejar, pelo fato de ter uma equipe sem esse componente.”

A fala acima expõe, por outro lado, a insegurança dos trabalhadores da atenção básica para responder a demanda de usuários com lesão de pele egressos ou não do SIDHUSM, em função da fragilidade que ora a rede apresenta em relação à conformação de suas equipes básicas de referência. Sobre essa dimensão reafirma o *Entrevistado 5* que:

“[...] a dificuldade, porque a gente está mais em contato, com o material e até mesmo com o transporte. O material, porque, tem pacientes que fazem acompanhamento no HUSM, tipo reumato, nefrologista e depois eles vêm pra casa com uma prescrição que, às vezes, a gente fica limitada. Tenho um exemplo de uma paciente que faz uma aplicação de sulfato ferroso, na veia. E um paciente que tem a rede venosa bem comprometida já, até porque foi ressaltada a importância de não utilizar um dos braços, se por ventura ele viesse a fazer algum procedimento em relação à nefrologia. Só que fica difícil porque a gente até então, só fazia isso com scalp, como o butterfly. Insistiu-se bastante para que se conseguisse abocath pra esse paciente e é bem difícil.

Outro aspecto considerado pelo entrevistado diz respeito à dificuldade que os trabalhadores encontram para encaminhar as demandas identificadas na rede. Destaca-se:

“A referência e contra referência, no caso quando a gente manda um pessoal pra algum serviço que tem, só não lá no HUSM. Mas na rede toda é a demora desse atendimento, a morosidade, a demora, é equipamento quebrado. E em relação de transporte é conseguir transporte pra deslocar esse paciente até o destino que a gente referenciar.” (Entrevistado 5)

Entretanto, para o *Entrevistado 6*, os desafios concentram-se na falta de comunicação e também na necessidade de recurso pessoal, pois:

“[...] um dos desafios que a gente tem é a falta de comunicação direta, até de repente por via internet uma coisa assim, com o próprio HUSM. E outro, é a nossa necessidade de pessoal, também porque este acompanhamento domiciliar é feito pela nossa própria enfermeira, que ainda atende na unidade básica. Então ela tem esse deslocamento e, às vezes, dependendo do número de pessoal que está trabalhando no dia, por alguns minutos fica descoberta a rede básica, pra cobrir essa parte domiciliar. Mas tudo está sendo administrado, quando não há possibilidade de ela se deslocar a gente manda a ambulância e a ambulância traz o paciente até aqui pra não haver essa falta de profissional dentro da unidade.”

Nesse sentido, associ0-me às ideias de Scherer, Pires e Schwartz, afirmando (2008) que a comunicação, a identificação da presença de diversas lógicas e a compreensão, pelos profissionais pode contribuir para a resolução das dificuldades de colaboração. A gestão cotidiana de compromissos, implícitos ou explícitos, pode articular as diversas lógicas dos distintos atores, verificadas nas entrevistas com os gestores da rede.

O trabalho da equipe multiprofissional de saúde é um trabalho coletivo marcado por uma relação recíproca dos diferentes profissionais. A equipe é um elemento importante, mas sua definição é insuficiente para compreender as trocas entre as pessoas para a realização da atividade e para torná-la mais eficaz. Torna-se um grande desafio à gestão dos serviços de saúde considerar o conjunto de demandas e necessidades, numa ética que contemple os interesses da coletividade e as necessidades de usuários e dos diversos grupos de trabalhadores da saúde (SCHERER, PIRES e SCHWARTZ, 2008).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo foi realizado, com o intuito de identificar as ações implementadas na Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria a pacientes egressos do SIDHUSM com lesões de pele, sob a perspectiva dos trabalhadores, verificando o conhecimento dos trabalhadores da Atenção Básica sobre os procedimentos desenvolvidos pelo SIDHUSM nos casos de alta do serviço; e identificar os instrumentos facilitadores do acesso a pacientes com lesões de pele junto à rede de Atenção Básica de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS, por ocasião da alta do SIDHUSM.

A construção deste trabalho permitiu uma revisão sobre a conformação do sistema de saúde no Brasil, até os dias atuais, em que são lembrados os 20 anos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal revisão se faz importante, devido à ordem cronológica com que se sucederam os fatos, tendo em vista que cada período da história brasileira tem um marco fundamental na conformação do sistema de saúde, do papel do hospital na rede de saúde e, também, sobre o atendimento domiciliar, bem como da internação domiciliar.

A coleta de dados permitiu analisar a maneira como está estruturada a rede de saúde e a atual conjuntura em que se encontra a Atenção Básica de Santa Maria/RS. Como a coleta de dados ocorreu no local de trabalho, foi possível estar, intimamente, em contato com cada campo de atuação dos trabalhadores envolvidos nesse processo.

O discurso dos sujeitos participantes da pesquisa revelou as experiências individuais dos gestores com o tema, o conhecimento sobre o trabalho desenvolvido pelo SIDHUSM, além de apontar os desafios e mecanismos que os profissionais encontram na rede para o desenvolvimento de uma rede de referência e contra-referência entre SMS e SIDHUSM.

A rede de Santa Maria está organizada por área no município, conectada de maneira pouco resolutiva, como emergiu da fala de alguns entrevistados. Por este motivo, ainda é necessária a formulação de mecanismos eficazes que estabeleçam uma relação direta entre as unidades procurando encaminhar os pacientes de maneira eficaz. Para isso, entendo que sejam necessários instrumentos que formalizem o encaminhamento dos usuários para outros serviços ou unidades de saúde.

Nesse sentido, destaco o SIDHUSM como ator importante para o encaminhamento de usuários à atenção básica de saúde. Acredito que o serviço tenha o importante papel de encaminhar o paciente pós-alta hospitalar para a unidade básica de saúde de origem, seja ela UCS ou ESF, entretanto, ainda carece de maior aproximação entre os níveis de atenção.

Os desafios que emergiram das falas dos entrevistados remetem às necessidades de recursos que existem na rede. A carência de materiais implica na não realização de alguns procedimentos, e esta, por sua vez, remete ao a um atendimento deficiente aos pacientes. Da mesma forma, a falta de profissionais faz com que grande parte da população não possa ser atendida de maneira satisfatória.

Para concluir, o estudo mostra, ainda, a existência de um longo caminho a ser construído para o diálogo entre as instituições e dos seus sujeitos na construção de instrumentos que potencializem o trabalho do SIDHUSM, na rede, e o trabalho da rede pelo SIDHUSM.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABRAHÃO, A. L. **Atenção primária e o processo de trabalho em saúde.** Informe-se em promoção da saúde. v. 03. n. 01. p. 01-03, jan-jun. 2007. Disponível em: <http: <[www.uff.br.promoçãodasaude/informe](http://www.uff.br/promoçãodasaude/informe)>. Acesso em 25 mai. 2010.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11, de 26 de janeiro de 2006. 07 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários da Saúde. **Legislação do SUS/Conselho Nacional de Secretários da Saúde.** Brasília: CONASS, 2003, 604p.

BRASIL, Conselho Nacional de Secretários da Saúde. Assistência de Média e Alta Complexidade no SUS/Conselho Nacional de Secretários da Saúde. – Brasília: CONASS, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil.* Brasília, DF: Senado Federal: Centro Gráfico, 1988, 292 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 2.529, de 19 de outubro de 2006.14p.

_____. **Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm>. Acesso em: 03 jun. 2010.

_____. 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. – 4. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007. 68 p. – (Série E. Legislação de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006; v. 4)

_____. Sistema de Informação da Atenção Básica. Brasília/DF. 2010. Disponível em: <<http://siab.datasus.gov.br/SIAB/index.php>>. Acesso em 01 jun. 2010.

BRONDANI, C. M. **Desafios de cuidadores familiares no contexto da internação familiar/** Cecília Maria Brondani ; orientadora Margrid Beuter. – Santa Maria, 2008. 111 f.

CAMPOS, G.W. S. et al. **Tratado de Saúde Coletiva.** São Paulo; Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. 871p.

CARVALHO, B. G. et al. **A Organização do Sistema de Saúde no Brasil.** *Bases da Saúde Coletiva.* No prelo. 2 ed.cap. 2, 7 p.

CARVALHO, L. S de, et al, **Concepções Dos Acadêmicos De Enfermagem Sobre Prevenção E Tratamento De Úlceras De Pressão**. *Revista Baiana de Saúde Pública*. [online]. Jan/jun 2007, vol.31, n.1, p. 77-89.

CUNHA, G. T. **A construção da Clínica Ampliada na atenção básica**. Campinas, SP: [s.n.], 2004, p.23-56.

DONABEDIAN, A. **Evaluating the quality of Medical Care**, Milbank Mem. Fund. Q. 44:166, Part 2, 1966. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php/SciELO Brasil>. Acesso em: 04/01/2008.

DONABEDIAN, A. **Aspect of medical care administration**. Specifying requirements for Health Care. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1973. p. 419 – 73.

FABRÍCIO, S. C. C. et al. **Assistência Domiciliar**: A experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.12 n.5, p.721-726, set-out 2004.

FEKETE, M.C. Estudo de acessibilidade na avaliação dos serviços de saúde. In.: SANTANA, J.P. (orgs). **Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Brasília: OPS, Unidade III, Texto de Apoio da Unidade I, 1995. p. 177-184.

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

FERREIRA, S. R, OLSCHOWSKY, A. **Residência integrada em saúde: a interação entre as diferentes áreas de conhecimento**. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 mar;30(1):106-12.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**/ Michel Foucault; organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 7.ed. 1979. 295p.

GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem**: Os Fundamentos à Prática Profissional/Julia B. George; trad. Ana Maria Vasconcellos Thorell. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000. 375p.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**, 4ª Ed., São Paulo: Atlas, 1995

INDRIUNAS, L. História da saúde pública no Brasil. Disponível em <<http://pessoas.hsw.uol.com.br/historia-da-saude.htm>>. Acesso em 25 nov. 2009.

JUNGES, J. R. et al. **Processos de trabalho no Programa Saúde da Família: atravessamentos e transversalidades**. *Rev. esc. enferm. USP* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 937-944. ISSN 0080-6234.

KOERICH, M. S. et al. **Tecnologias de Cuidado e Saúde e Enfermagem e suas Perspectivas Filosóficas**. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, 2006, v.15 p.178-185.

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

MARX, K. **O capital**. Coimbra, 1 ed. 1867. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1867/ocapital>>. Acesso em: 04 jun. 2010.

MENDES, E. V. **Revisão Bibliográfica sobre Redes de Atenção à Saúde**. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. Mai. 2007, 154 p.

MESQUITA, S. R. A. M. et al. **Program Interdisciplinar de Internação Domiciliar de Marília-SP**: Custos de Recursos Materiais Consumidos. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, v.13 n.4, p.555-561, jul-ago 2005.

MILLMANN, M. **Access t health care in America**. Washington, DC, National Academy Press, 1993.

MINAYO, M. C. de S. (Org). **Pesquisa social - teoria, método e criatividade**. 20 ed. Pet <http://conselho.saude.gov.br/docs/Resolucoes/Reso196.doc>rópolis, RJ: Vozes, 2004.acessado em 06.03.07

MORAIS, Gleicyanne Ferreira da Cruz; OLIVEIRA, Simone Helena dos Santos and SOARES, Maria Julia Guimarães Oliveira. **Avaliação de feridas pelos enfermeiros de instituições hospitalares da rede pública.** *Texto contexto - enferm.* [online]. 2008, vol.17, n.1, pp. 98-105. ISSN 0104-0707.

POLIGNANO, M. V. **História das Políticas de Saúde no Brasil:** Uma pequena revisão. Belo Horizonte, 2005. 22p.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Secretaria Municipal da Saúde de Santa Maria. 2010.

RESENDE, Daniella de Moura; BACHION, Maria Márcia e ARAUJO, Lorena Aparecida de Oliveira. **Integridade da pele prejudicada em idosos: estudo de ocorrência numa comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família.** *Acta paul. enferm.* [online]. 2006, vol.19, n.2, pp. 168-173. ISSN 0103-2100.

RONCALLI, A.G. O desenvolvimento das políticas públicas de saúde no Brasil e a construção do Sistema Único de Saúde. In: Antonio Carlos Pereira (Org.). **Odontologia em Saúde Coletiva:** planejando ações e promovendo saúde. Porto Alegre: ARTMED, 2003. Cap. 2. p. 28-49. ISBN: 853630166X.

ROVERE, M. **Redes em salud: um nuevo paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad.** Rosário: Ed. Secretaria de Salud Pública/ AMR, 1999, Instituto Lazarte (reimpresión).

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise e SCHWARTZ, Yves. **Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde.** *Rev. Saúde Pública* [online]. 2009, vol.43, n.4, pp. 721-725. ISSN 0034-8910.

SIDHUSM. Serviço de Internação Domiciliar/HUSM. **Avaliação do Serviço de Internação Domiciliar do HUSM:** Abril de 2010. Santa Maria/RS. 2010, 04p.

SILVA, M. S. M. L. **Fatores de Risco para Úlcera de Pressão em Pacientes Hospitalizados/Maria do Socorro Moura Lins Silva.** João Pessoa, 1998. Disponível em: > <http://www.feridologo.com.br/teseup.htm>< .Acesso em 04 fev. 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária:** equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TRIVIÑOS, A.N. S; **Introdução a pesquisa em ciência sociais** - alguns temas no desenvolvimento de uma pesquisa. São Paulo: Atlas, 1995.

UFSM, Projeto do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde. 2008, 30p.

WEILLER, T. H. O acesso na rede pública de saúde no município de Ijuí/RS: um cenário de controvérsias/Teresinha Heck Weiller. Orientador: Pedro Fredemir Palha. – Ribeirão Preto/SP, 2008, 185 f.

APÊNDICE I - Termo de Confidencialidade

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Termo de Confidencialidade

Título do estudo: Acesso de usuários com lesão de pele egressos do SIDHUSM na Rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller

Pesquisador: Rosana Huppés Engel

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (55) 3220-8263 e-mail: weiller2@hotmail.com; (55) 96228469 e-mail: nanaengel@gmail.com

Local da coleta de dados: A combinar

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados através de gravações de entrevistas da Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria/RS. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no (a) Departamento de Enfermagem da UFSM por um período de 5 anos sob a responsabilidade do (a) Senhor (a) Teresinha Heck Weiller. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,..... dede 2010

Prof. Enf. Dra. Teresinha Weiller
CPF. 35238321015
Responsável pela pesquisa
Enfermagem

Rosana Huppés Engel
CPF. 01807818047
Acadêmica de

APÊNDICE II - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do estudo: Acesso de usuários com lesão de pele egressos do SIDHUSM na Rede de Atenção Básica de Santa Maria/RS.

Pesquisadora responsável: Teresinha Heck Weiller

Pesquisador: Rosana Huppel Engel

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/Departamento de Enfermagem

Telefone para contato: (55) 3220-8263 e-mail: weiller2@hotmail.com; (55) 96228469 e-mail: nanaengel@gmail.com

Local da coleta de dados: Local a combinar.

Prezado(a) Senhor(a):

Você está sendo convidado(a) a partir desta pesquisa, que tem o objetivo identificar ações implementadas pela Rede de Atenção Básica do Município de Santa Maria à pacientes egressos do SIDHUSM com lesões de pele.

Mas, antes, de concordar, é muito importante que compreenda que irei entrevistar-lhe, individualmente, em seu domicílio ou em um local a combinar, para melhor confidencialidade e privacidade. As suas informações vão ser gravadas e, depois, transcritas por mim, de maneira a proteger a fidedignidade dos dados. Posteriormente, essas informações serão organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas.

Eu lhe darei a garantia de que responderei todas as suas dúvidas sobre os procedimentos e outros assuntos relacionados à pesquisa, antes que você se decida a participar.

Sua participação nessa pesquisa consistirá em responder às perguntas durante a entrevista, sendo que você tem o direito de desistir de participar a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Comunico que sua participação na entrevista não vai representar, a princípio, risco à sua integridade física, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa.

Porém você poderá apresentar desconforto em responder ao questionário dada a situação do momento e por lembrar de situações não agradáveis. Caso isto aconteça, você poderá buscar um serviço de saúde para poder conversar sobre estas questões que lhe trazem desconforto. Caso seja

identificado algum risco ou dano maior à sua saúde a pesquisa será imediatamente interrompida.

Os benefícios decorrentes desta pesquisa não são individuais a você, mas repercutirá na sua vida tendo em vista que seus resultados trarão conhecimento da realidade do serviço de saúde do município.

Espero, com esta pesquisa, oferecer um referencial com informações sobre o tema abordado de modo a contribuir com a formação e a assistência no campo da saúde.

Reafirmo que as informações fornecidas por você vão ter sua privacidade garantida por mim, pois você não será identificado (a) em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados, sob qualquer forma, pois vão ser adotados codinomes para esta finalidade. As informações serão mantidas em arquivo confidencial no computador, sob minha responsabilidade, por 5 anos, após este período os dados serão destruídos.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu _____, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este termo de consentimento em duas vias, ficando em posse de uma delas.

Santa Maria, ____ de _____ de 2010

Assinatura do sujeito de pesquisa

Número da identidade

Declaro que obtive, de forma apropriada e voluntária, o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para participação neste estudo.

Santa Maria, _____ de _____ de 2010

Prof. Enf. Dra. Teresinha Weiller
Responsável pela pesquisa
Enfermagem

Rosana Huppel Engel
Acadêmica de

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM. Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 7º andar - Campus Universitário - 97105-900 - Santa Maria/RS - Tel: (55) 3220-9362 - e-mail: comitedeeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE III - Roteiro de Entrevistas com Trabalhadores/ Gestores da Rede Municipal de Saúde

- 1- Poderias relatar como são organizados os serviços de saúde sob sua responsabilidade?
- 2- Tens conhecimento do trabalho desenvolvido pelo SIDHUSM em relação aos pacientes com lesões de pele?
- 3- Quais são os mecanismos e instrumentos que a rede de atenção básica do município dispõe para o acompanhamento dos egressos do HUSM e, especial, do SIDHUSM com lesão de pele?
- 4- Na sua avaliação, quais são os desafios que vivenciam na rede para o estabelecimento de uma rede de referência e contra referência para usuários egressos do sistema hospitalar no município de Santa Maria?