



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
INSTITUTO DE SAÚDE COLETIVA
Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva



SILVANA MACHADO NETO

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE INTEGRAÇÃO
DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
ARACAJU**

Salvador

2012

Silvana Machado Neto

**AVALIAÇÃO DO GRAU DE INTEGRAÇÃO
DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA PESSOA
COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM
ARACAJU**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva do Instituto de Saúde Coletiva (ISC) da Universidade Federal da Bahia, como requisito parcial para a obtenção do título de mestrado.

Professor orientador: Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza

Salvador

2012

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Universitária
de Saúde, SIBI - UFBA.

M637 Machado Neto, Silvana

Avaliação do grau de integração da rede de atenção à
saúde da pessoa com hipertensão arterial sistêmica em Aracaju /
Silvana Machado Neto – Salvador, 2012.

68 f.

Orientador: Prof. Dr. Luís Eugênio Portela Fernandes de
Souza

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Bahia.
Instituto de Saúde Coletiva, 2012.

1. Saúde. 2. Hipertensão. I. Souza, Luís Eugênio Portela
Fernandes. II. Universidade Federal da Bahia. III. Título.

CDU 616.12-008.331.1



**Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva – ISC
Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva**

Silvana Machado Neto

**“Avaliação do Grau de Integração da Rede de Atenção à Saúde da
Pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica em Aracaju”**

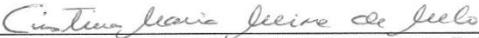
A Comissão Examinadora abaixo assinada, aprova a Dissertação, apresentada em sessão pública ao Programa de Pós-Graduação do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia.

Data de defesa: 23 de abril de 2012

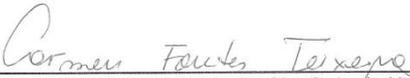
Banca Examinadora:



Prof. Luis Eugênio Fernandes Portela de Souza /Instituto de Saúde Coletiva/ UFBA



Profa. Cristina Maria Meira de Melo /Escola de Enfermagem /UFBA



Profa. Carmen Fontes de Souza Teixeira / Instituto de Humanidades, Artes e Ciência/UFBA

Salvador
2012

AGRADECIMENTOS

A Deus pelas várias oportunidades que me concedeu.

A meus pais por representarem o alicerce das minhas realizações pessoais e profissionais.

Ao professor Dr. Luís Eugênio pela paciência e presteza na orientação.

Aos colegas do mestrado pelo companheirismo e união, em especial Maria Cecília, Lucas e Raquel.

Aos gestores e técnicos da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju entrevistados pela atenção e boa vontade.

Às professoras Dr^a Carmem Teixeira e Dr^a Isabela Pinto pelo carinho, apoio e sugestões no momento da qualificação.

“Ninguém ignora tudo. Ninguém sabe tudo. Todos nós sabemos alguma coisa. Todos nós ignoramos alguma coisa. Por isso aprendemos sempre”.

Paulo Freire

RESUMO

A hipertensão arterial é problema de saúde de grande magnitude, tanto para a população, quanto para o sistema de saúde. As redes de atenção à saúde são a melhor forma de enfrentar problemas crônicos como a HAS, pois permitem um seguimento contínuo e pró-ativo dos portadores de condições crônicas em suas necessidades de saúde. Este estudo objetivou avaliar o grau de integração da rede de serviços de saúde no atendimento às pessoas com hipertensão arterial no município de Aracaju, a partir da percepção dos seus gestores e, mais especificamente, estimar o grau de responsabilização sanitária da rede pela população, identificar o papel de atenção primária, descrever os pontos de atenção secundária e terciária, o sistema de apoio da rede, o sistema logístico, o sistema de governança e caracterizar o modelo de atenção à saúde. A estratégia da pesquisa foi o estudo de caso, adotando-se como referencial teórico o modelo de rede de atenção à saúde proposto por Mendes (2009). Foi realizada a coleta de dados através da aplicação de um questionário aos gestores e à equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, coletivamente, por meio da realização de duas oficinas de trabalho. Os resultados apontam que, em uma escala que vai de fragmentada à integrada, passando por incipiente e avançada, a rede de atenção à saúde no atendimento a pessoa com hipertensão opera de forma incipiente. A responsabilização sanitária da rede pela população é assegurada pelo processo de territorialização, sendo toda a população vinculada às equipes de saúde da família e classificada por riscos sociais. Contudo, no que tange aos fatores de riscos específicos e às condições de saúde estabelecidas, quase não se tem informação. A APS é a porta de entrada preferencial dos usuários com HAS no sistema de saúde, embora não cumpra sua função de coordenadora da rede. Há uma insuficiência da oferta de serviços nos níveis de atenção à saúde secundária e terciária para atender com acesso ágil e com efetividade às pessoas com HAS, de modo articulado com a APS. Falta um sistema de informação que possa oferecer informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a HAS para subsidiar a integração e o planejamento das ações de saúde. Há necessidade de aprimoramento da governança de modo a permitir a articulação das relações entre a APS e os pontos de atenção à saúde secundária e terciária, os sistemas de apoio e logístico da rede de atenção à saúde. O modelo de atenção é capaz de articular as subpopulações de risco para a HAS com as intervenções de saúde de maneira incipiente e não conta com um sistema que disponibilize informações, dificultando o atendimento às necessidades dos hipertensos na rede de atenção à saúde segundo os seus riscos, com a distribuição equilibrada da oferta de serviços por todos os pontos de atenção à saúde.

Palavras – chaves: Rede de atenção à saúde; grau de integração; hipertensão arterial sistêmica.

ABSTRACT

Hypertension is health problem of great magnitude, both for the population, and for the health care system. Networks of health care are the best way to deal with chronic problems such as HAS, because they allow a continuous and proactive monitoring of chronic diseases holders in their health needs. This study aimed to evaluate the degree of integration of the network of health services for individuals with hypertension in the city of Aracaju, from the perspective of its managers and, more specifically, to estimate the degree of accountability of this health care network, to identify the role of primary care, to describe the points of secondary and tertiary care, the support system of the network, the logistics system, the governance system and to characterize the health care model. The research strategy was the case study, adopting as theoretical reference the model of health care network proposed by Mendes (2009). Data were collected through a questionnaire to managers and technical staff of the Municipal Health Secretariat of Aracaju, collectively, during two workshops. The results show that, in a scale from fragmented to integrated, passing through incipient and advanced, the health care network for people with hypertension operates in an incipient way. The accountability of the network is accomplished by a process of territorialization, which means that the entire population is linked to teams of family health and is classified by social risks. However, when it comes to risk factors and specific health conditions, almost no information is available. The primary health care unities are the preferred gateway for users with hypertension to enter the health system, although they do not comply with their role as coordinators of the network. There is an insufficient supply of services in the secondary and tertiary levels of attention to allow a quick and effective access to people with hypertension. There is no information system that can provide, epidemiological, clinical and managerial information to support the integration and planning of the health care network. Improvement is needed in governance to allow the articulation of relations between the primary health care unities and the secondary and tertiary points of health care, and the support and logistics systems. The health care model is able to articulate the subpopulations at risk for HAS with health interventions in an incipient way and it does not have a system that provides information that contributes to satisfy the health needs of hypertensive patients in the network according to their risks, with a balanced distribution of services to all points of the health care system.

Key words: Network of health care, degree of integration; hypertension.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES (QUADROS E FIGURAS)

QUADRO

Quadro 1 - Fluxograma da Hipertensão

17

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida
DM	Diabetes Mellitus
DST	Doença Sexualmente Transmissível
ESF	Equipes de Saúde da Família
EAS	Equipamentos Assistenciais de Saúde
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
REAB	Rede de Atenção Básica
REAPS	Rede de Atenção Psicossocial
RUE	Rede de Urgência e Emergência
RAE	Rede Ambulatorial Especializada
REHOSP	Rede Hospitalar
RENAST	Rede de Saúde do Trabalhador
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	12
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo Geral.....	19
2.2	Objetivos Específicos.....	19
3	REDES E REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITOS....	20
4	A MEDIDA DA INTEGRAÇÃO.....	30
5	O GRAU DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À HAS... 33	33
5.1	O grau de responsabilização sanitária da rede pela população... 33	33
5.2	O papel da atenção primária..... 34	34
5.3	Os pontos de atenção secundária e terciária..... 36	36
5.4	O sistema de apoio..... 38	38
5.5	O sistema logístico..... 41	41
5.6	O sistema de governança..... 43	43
5.7	Modelo da atenção..... 45	45
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	55
	AXEXOS	
	1 – Questionário.....	58
	2 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	66
	3 - Convite.....	68

1. INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial, frequentemente associada a alterações metabólicas e hormonais. Acomete um grande número de pessoas, de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos. Atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos, mas, a partir dessa faixa etária, a prevalência é maior em mulheres (Pierin *et al.*, 2002).

O Ministério da Saúde (2005) afirma que, no Brasil, há cerca de 17 milhões de portadores de HAS, sendo 35% da população de 40 anos e mais. E esse número é crescente. O aparecimento da HAS é cada vez mais precoce, estimando-se que cerca de 4% das crianças e adolescentes sejam portadoras. A morbi-mortalidade devida à doença é muito alta e, por tudo isso, a hipertensão arterial é um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo.

Segundo Lessa (2010), a hipertensão arterial sistêmica é a mais prevalente doença vascular no mundo e o mais potente fator de risco para doenças cerebrovasculares, predominante causa de morte no Brasil.

De acordo com a OMS (2005), a hipertensão arterial tem significativos efeitos adversos na qualidade de vida dos indivíduos afetados, causando morte prematura e grande ônus econômico para as famílias, comunidades e sociedades em geral. Os fatores de risco mais frequentemente associados à HAS são a dieta inadequada, o sedentarismo e o uso de tabaco. Esses fatores explicam a maioria dos óbitos causados pela hipertensão arterial e por outras doenças crônicas, em todas as idades, em homens e mulheres e em todas as partes do mundo. Se os fatores de risco fossem eliminados, pelo menos 80% de todas as doenças do coração, dos derrames e do diabetes do tipo 2 poderiam ser evitadas.

O diagnóstico e o tratamento da HAS, por ser uma doença na maior parte do seu curso assintomática, são frequentemente negligenciados. Soma-se a isso a baixa adesão, por parte dos portadores diagnosticados, ao tratamento prescrito, o que compromete o controle da HAS (Brasil, 2005).

A atenção às pessoas com HAS deve ser contínua, tornando-se fundamental a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias individuais e coletivas que favoreçam a adesão e permitam alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos.

Por tudo isso, a HAS é um desafio para os gestores dos sistemas de saúde. Malta *et al.* (2006) afirmam que as doenças crônicas custam caro para o Sistema Único de Saúde (SUS) e, se não forem prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam assistência médica permanente de alta tecnologia e de custos crescentes.

Em Aracaju, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbito, representando 24,1% do total, seguidas das neoplasias que respondem por 16% (Aracaju, 2008-2009). Além disso, são a sexta causa de internamentos. Considerando-se tal quadro, a hipertensão arterial consiste num problema de saúde de grande magnitude, tanto para a população do município, quanto para o sistema de saúde local.

As redes parecem ser a melhor forma de enfrentar problemas crônicos como a HAS, pois permitem um seguimento contínuo e pró-ativo dos portadores de condições crônicas em suas necessidades de saúde, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas (Mendes, 2009).

Santos (2006) descreve as redes assistenciais do Sistema de Saúde de Aracaju, com as transformações decorrentes da implantação do Projeto Saúde Todo Dia. A rede de atenção primária, em 2001, tinha 48 equipes de saúde da família, distribuídas em 22 unidades de saúde, com cobertura de 32% da população e oferta insuficiente para a demanda do município, além de uma estrutura física sucateada. A rede de serviços básicos foi ampliada com a implantação de novas Equipes de Saúde da Família (ESF), que passaram a um total de 128 equipes em 43 unidades, perfazendo uma cobertura de 85% da população, segundo o Plano Municipal de Saúde de 2009.

Complementarmente, foi montada uma rede de serviços ambulatoriais especializados, levando-se em consideração variáveis como: integralidade, adensamento tecnológico, programação, garantia de acesso, vinculação, tipo de clientela, disponibilidade de pessoal qualificado, dentre outros.

A Secretaria Municipal da Saúde (SMS) vem implantando redes, entendidas como tramas constituídas por Equipamentos Assistenciais de Saúde (EAS) ligados entre si por suas características tecnológicas, que fazem parte de um mesmo projeto assistencial e são responsáveis por abordar um elenco de necessidades semelhantes (Aracaju, 2007).

De acordo com o Manual de Ações Programáticas (Aracaju, 2007), algumas redes possuem distribuição territorial com adscrição de clientela, como a rede básica e a de atenção psicossocial. Outras, como a rede de urgência e emergência, têm distribuição territorial apenas como forma de estabelecer um fluxo de captação de usuários. Já na média e alta complexidade ambulatorial e hospitalar, a rede é distribuída por especialidades médicas. Cada ponto detém uma parte da missão assistencial, conformando um conjunto não competitivo, com adensamento tecnológico e de alta capacidade resolutive. No total, são seis as redes assistenciais de saúde constituídas no SUS-Aracaju: Rede de Atenção Básica (REAB), Rede de Atenção Psicossocial (REAPS), Rede de Urgência e Emergência (RUE), Rede Ambulatorial Especializada (RAE), Rede Hospitalar (REHOSP) e Rede de Saúde do Trabalhador (RENAST).

A articulação entre as redes assistenciais é realizada pelas Linhas de Produção do Cuidado. Essas linhas estão previamente determinadas pela existência de programas de atenção a determinados riscos à saúde ou a grupos vulneráveis, que estão vinculados a um conjunto pré-definido de intervenções. Esses grupos, através do atendimento das equipes, passam por um processo de individualização das atividades programadas a partir da estratificação de risco, procurando a melhor composição da oferta para cada usuário.

Ainda segundo o Manual, as ações programáticas têm como objetivo organizar a demanda no território, reduzindo o potencial de morbi-mortalidade de doenças crônico-degenerativas altamente prevalentes como o diabetes e a hipertensão arterial. Baseados nas ações programáticas, foram elaborados os programas e os protocolos assistenciais nas áreas de saúde da mulher, saúde da criança e adolescente, saúde do adulto e do idoso, saúde mental, saúde bucal e DST/AIDS.

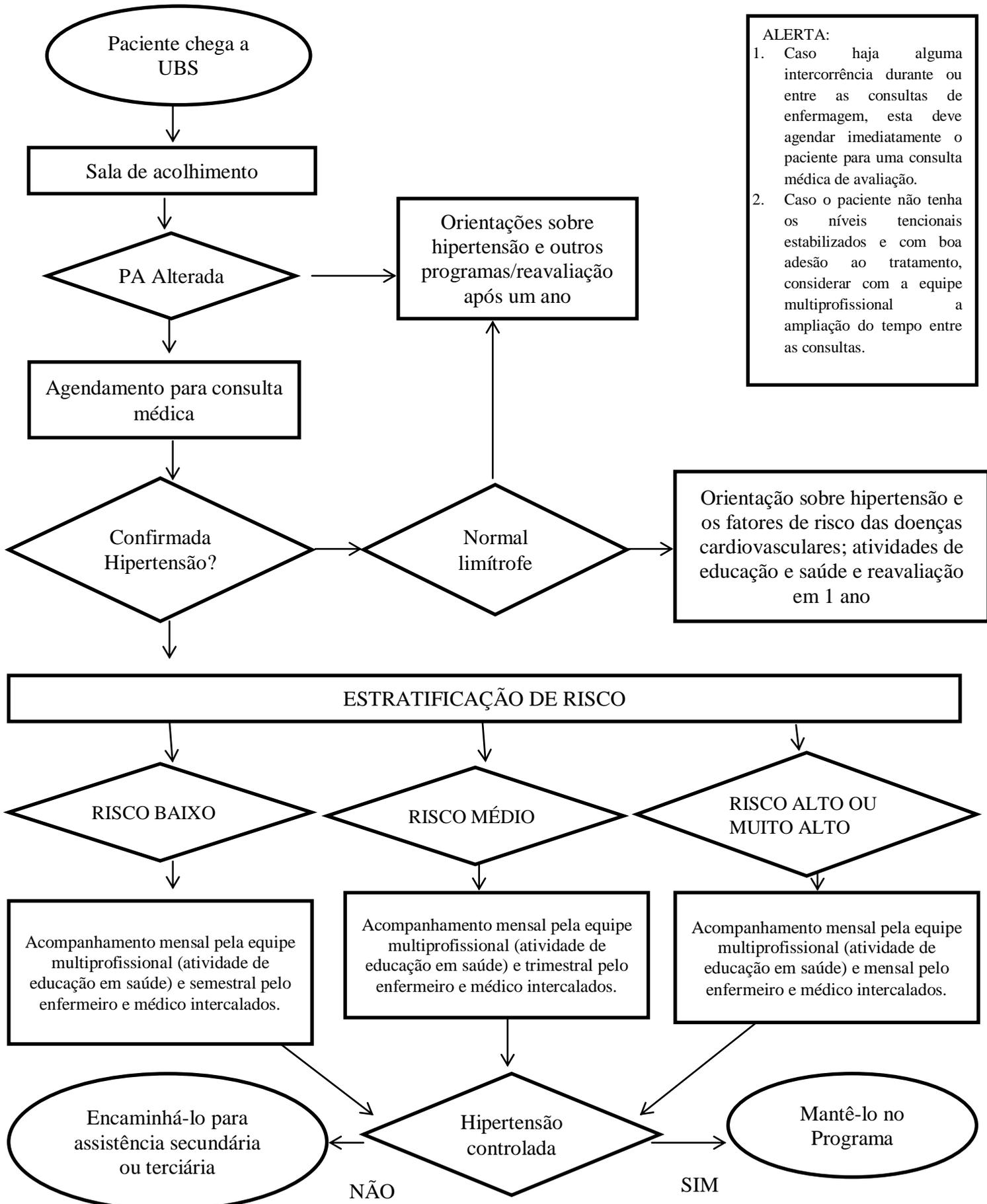
Dentro do Programa de Saúde do Adulto e do Idoso, estão previstas as ações relativas ao controle da HAS. Esse Programa tem como objetivos combater os fatores de riscos para o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas; captar os portadores de HAS e DM; reorganizar a assistência ofertada pelo SUS-Aracaju de acordo com o grau de gravidade dos pacientes, definindo o fluxo de pacientes nos diferentes níveis de atenção; reduzir o número de lesões de órgãos alvos relacionadas à HAS e DM; reduzir o número de internações e de mortalidade decorrente desses dois agravos; e melhorar a qualidade de vida dos portadores dessas doenças.

Os portadores de hipertensão arterial em Aracaju têm como porta de entrada do sistema de saúde as unidades de saúde da família (USF), as quais prestam atendimento ou por demanda espontânea ou por oferta organizada. Para serem realizados os encaminhamentos para os centros de especialidades, é necessário que os portadores de hipertensão preencham algum dos seguintes critérios de risco: pacientes não compensados com terapêutica adotada na Unidade de Saúde da Família (USF), casos suspeitos de hipertensão secundária, aparecimento de lesão de órgão alvo e complicações das terapias instituídas. As urgências hipertensivas, caso os níveis tensionais não tenham cedido nas USF, são encaminhados aos hospitais de referência.

Nos centros de especialidade, são ofertados aos portadores de HAS consultas com endocrinologista, cardiologista, nefrologista, neurologista, angiologista, oftalmologista, profissionais das áreas de enfermagem, nutrição, psicologia e serviço social. São ainda fornecidos medicamentos e realizados os exames complementares sugeridos pelo protocolo.

Abaixo o fluxograma da inserção da pessoa com HAS no sistema de saúde de Aracaju:

FLUXOGRAMA DA HIPERTENSÃO



Assim, de acordo com os documentos da SMS, Aracaju tem uma atenção primária organizada e consolidada, sendo a estratégia saúde da família a base da rede assistencial. Tem também uma boa estruturação dos outros níveis de atenção à saúde da população. Vale acrescentar que a SMS-Aracaju dispõe de profissionais de saúde concursados, possui uma complexa estrutura organizativa, tem Conselhos de Saúde, municipal e locais, organizados com a população representada. Além disso, uma série de leis, decretos e portarias foi construída com o intuito de garantir a continuidade da política de saúde e os avanços na organização da rede e do modelo assistencial implantado em Aracaju (Santos, 2006). Por tudo isso, acredita-se que o sistema de saúde de Aracaju esteja estruturado de modo que possa ser avaliado, entre outros atributos, quanto ao grau de integração da rede de atenção à saúde da pessoa com HAS.

Em tese, portanto, Aracaju dispõe de uma rede de atenção para o cuidado aos hipertensos. Todavia, será que, na prática, as ações destinadas aos hipertensos, como definidas no Programa de Saúde do Adulto e do Idoso, estão se desenvolvendo, efetivamente, através de uma linha de produção de cuidados?

Este projeto de pesquisa visa responder a essa questão. Busca aferir o grau de integração da rede de atenção à saúde dos portadores de hipertensão arterial sistêmica no município de Aracaju.

Neste sentido, questiona-se: qual o grau de responsabilização sanitária da rede de atenção à saúde para com a população de hipertensos? Qual a sua estrutura operacional? Qual o papel da atenção primária e dos pontos de atenção secundária e terciária? Como funcionam os sistemas logísticos e de apoio? Há um sistema de governança? Como se caracteriza, enfim, o modelo de atenção à saúde?

Responder tais questões pode ajudar a compreender a potencialidade e os limites da organização de redes integradas de serviços de saúde para a melhoria dos cuidados à saúde da população, em particular, aos portadores de agravos crônicos e pode fornecer subsídios para os gestores da SMS-Aracaju no

sentido de avaliarem seus serviços e, eventualmente, adotarem medidas para melhoria da atenção aos hipertensos.

1. OBJETIVOS

1.1. Objetivo geral

- Avaliar o grau de integração da rede de serviços de saúde no atendimento às pessoas com hipertensão arterial no município de Aracaju, a partir da percepção dos seus gestores.

1.2. Objetivos específicos:

- Estimar o grau de responsabilização sanitária da rede com sua população.
- Descrever a estrutura operacional da rede, contemplando os seguintes componentes:
 1. A atenção primária à saúde.
 2. Os pontos de atenção secundária e terciária.
 3. O sistema de apoio da rede.
 4. O sistema logístico.
 5. O sistema de governança.
- Caracterizar o modelo de atenção à saúde dos portadores de HAS.

3. REDES E REDES DE SERVIÇOS DE SAÚDE: CONCEITOS

O conceito de rede tem sido utilizado em inúmeras áreas do conhecimento como a matemática, a física, a economia, a biologia, a psicologia social, a sociologia, a administração, a engenharia, a computação e a saúde.

Segundo Watts (2009), rede é um conjunto de objetos conectados entre si de certo modo. O termo rede, por sua generalidade, é difícil de definir com precisão. Como salienta Watts, o termo pode estar se referindo a um grupo de amigos ou de colegas de trabalho, ou a um conjunto de roteadores de internet, ou ainda às conexões neuronais de um cérebro. Assim, as redes representam populações de indivíduos que estão realizando conjuntamente alguma atividade - como gerar energia, enviar dados, tomar decisões - e são dinâmicas, evoluindo no tempo, conduzidas pelas suas atividades ou decisões.

Em linha semelhante, Almeida-Filho (2004) considera que a rede é uma modalidade restrita de sistema, equivalendo a estruturas sistêmicas abertas em constante mudança. A rede é uma totalidade composta por partes interrelacionadas, elementos mutantes, conexões e parâmetros. São entidades não orientadas para um fim; as entradas (*inputs*) de uma rede podem ser qualquer um dos seus nós, e as saídas também. Ao contrário dos sistemas que são determinísticos, as redes são emergentes, ou seja, suas propriedades surgem da interação entre seus pontos e não podem ser antecipadas.

Ainda de acordo com Almeida-Filho (2004), as redes podem ser classificadas como redes virtuais ou redes reais. As redes virtuais têm duas modalidades: redes randômicas e redes conceituais. Redes randômicas servem como um padrão e são construídas, respeitando-se parâmetros aleatórios puros, enquanto redes conceituais são montadas com critérios propositivos ou restritivos e não mais usando padrões aleatórios e sim mediante escolhas intencionais baseadas em conceitos formais e teóricos. As redes reais são aquelas encontradas na natureza ou na sociedade, fazendo parte de algum projeto tecnológico.

Nas ciências sociais, as análises de sistemas e redes vêm adquirindo uma posição de destaque. Existe uma grande quantidade de pesquisas de análise de redes sociais, em particular sobre como se formam os vínculos entre dois atores e quais são as consequências de ter uma determinada posição numa rede (Almeida-Filho, 2004).

Fleury e Ouverney (2007) aplicam o conceito de rede ao estudo da organização do Sistema Único de Saúde. Começam sinalizando para a seguinte definição de redes políticas:

“um conjunto de relações relativamente estáveis, de natureza não hierárquica e independente, que vinculam uma variedade de atores que compartilham interesses comuns em relação a uma política e que trocam entre si recursos para perseguir esses interesses comuns, admitindo que a cooperação é a melhor maneira de alcançar as metas comuns” (Borzel *apud* Fleury e Ouverney, 2007:16).

Considerando a sua aplicação à gestão de políticas sociais, Fleury e Ouverney (2007) identificam como vantagens das redes: (1) a maior mobilização de recursos e diversidade de opiniões, considerada a pluralidade de atores envolvidos nas redes, (2) formas mais democráticas de definição de prioridades, envolvendo organizações mais próximas dos problemas, (3) possibilidade de contar com a presença pública sem ter que criar uma estrutura burocrática, já que as redes podem envolver organizações governamentais e não-governamentais, (4) facilidade para desenvolver uma gestão adaptada a uma realidade social volátil e (5) favorecimento da construção de consensos através de processos de negociação entre seus participantes.

Por outro lado, também identificam características das redes que criam dificuldades para a sua gestão: (1) dada a variedade de participantes, a prestação de contas pode-se tornar difícil, (2) a construção de consensos pode ser demorada e retardar a solução de problemas, (3) as responsabilidades podem ficar diluídas, (4) a sua flexibilidade pode levar a se perder de vista os seus objetivos, (5) certos grupos podem ser marginalizados por uma elite que

controla a rede e (6) a coordenação das interdependências pode-se revelar impraticável.

Em um registro semelhante, Hartz e Contradriopoulos (2004) definem redes como uma estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e caracterizadas por uma dinâmica de permanente negociação de responsabilidades entre seus atores, na busca de soluções para os problemas de saúde. Os autores consideram três dimensões de integração dos sistemas de saúde: a dimensão funcional ou clínica que se apoia em estratégias de gestão, financiamento e informação; a dimensão normativa que visa a garantir a conexão entre o sistema coletivo de representações e de valores; e a dimensão sistêmica que articula os diversos níveis de atenção para responder a todas as complexidades dos problemas de saúde e dos serviços de saúde, incluindo as instâncias político decisórias.

Já Mário Rovere (1999) destaca a oposição entre as redes, que são formas de articulação multicêntrica, e as formas hierárquicas de organização. Assim, a ideia de redes se contrapõe a de pirâmides. No campo da administração, as redes são um modelo organizacional que permite às grandes corporações produzir bens ou serviços idênticos em diferentes regiões do mundo, às vezes em diferentes empresas vinculadas apenas por contratos comerciais. Criam-se assim, formas de vínculo não hierárquicas, preservando elevados níveis de autonomia entre as partes. A partir do ponto de vista da psicologia social, que Rovere considera mais próximo da discussão sobre sistemas de saúde, as redes são formadas por pessoas, que se vinculam umas às outras. As redes são “a linguagem dos vínculos”. Ao contrário do conceito de sistema, que torna homogêneos todos os seus elementos internos, o conceito de rede preserva a heterogeneidade dos elementos componentes e permite imaginar heterogeneidades vinculadas. Nesse sentido o conceito de rede pode ser útil para guiar a organização dos diversos serviços de saúde de modo a mantê-los vinculados, preservando, contudo, suas características próprias e sua autonomia.

Ao contrário de Rovere (1999), Mendes (2009) apresenta uma série de conceitos relativos à rede que são próximos do conceito de sistema. Vale notar

que essa série de conceitos se assemelha aos que têm sido adotados pela Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde (OMS, 2008).

Mendes (2009) define os sistemas de atenção à saúde como um conjunto de ações capazes de promover, recuperar e manter a saúde de uma população, tendo como finalidade contribuir para o alcance de um bom nível de saúde, de forma equitativa, prestando serviços efetivos, eficientes e seguros.

Os sistemas de atenção à saúde devem ser articulados para responder às necessidades de saúde da população que se expressam em situações demográficas e epidemiológicas. Atualmente, a situação epidemiológica dominante, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, está dominada pelas condições crônicas. No entanto, como Mendes (2009) chama atenção, para o fato de que os sistemas de saúde estão voltados para responder às condições e aos eventos agudos.

Para esse autor, o adequado gerenciamento das condições crônicas de saúde requer a superação de um modelo de atenção baseado no pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar. Considera necessária a constituição de sistemas integrados de atenção à saúde, organizados através de um conjunto coordenado de pontos de atenção à saúde para prestar uma atenção contínua e integral a uma população adscrita.

De acordo com a OMS (2008), serviços integrados de saúde definem-se como a gestão e a oferta de serviços de saúde de forma a que as pessoas recebam um contínuo de serviços preventivos e curativos, de acordo com suas necessidades, ao longo do tempo e por meio de diferentes níveis de atenção à saúde.

Com base na posição da OMS, Mendes (2009:140) define as redes de atenção à saúde como:

“Organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns

e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.”

Os conceitos apresentados por Mendes (2009) fornecem um modelo teórico potente para descrever a realidade de sistemas de atenção à saúde que buscam se organizar em redes: são precisamente definidos, são articulados de modo coerente e, sobretudo, são facilmente transformados em variáveis operacionais. Nesse sentido, o presente projeto o adota como base para a pesquisa empírica de avaliação do grau de integração da rede de atenção à saúde da pessoa com HAS em Aracaju.

Mendes (2009) enumera três elementos constitutivos das redes que são: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção. A população é o motivo de ser das redes, ela tem que ser cadastrada e registrada em sistemas de informação potentes de acordo com sua estratificação por riscos sócio-sanitários e condições de saúde.

Nesse sentido, define-se como responsabilização sanitária da rede pela população a clara identificação das pessoas e das comunidades a serem atendidas e de suas necessidades de saúde, e a estruturação dos serviços de acordo com essas necessidades.

Mendes (2009) entende como estrutura operacional das redes de atenção o seguinte conjunto de cinco elementos: (1) a atenção primária à saúde (APS), (2) os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, (3) os sistemas de apoio (sistemas de apoio diagnóstico e terapêutico, sistema de assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde), (4) os sistemas logísticos (cartão de identificação das pessoas usuárias, prontuário clínico, sistemas de acesso regulado à atenção e sistema de transporte em saúde) e (5) o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

A APS é o lugar a partir do qual se coordenam os fluxos e os contrafluxos do sistema de atenção à saúde. É o centro de comunicação da rede. De acordo com Starfield (2002), a APS será de boa qualidade quando possuir seis atributos: primeiro contato, longitudinalidade, integralidade, coordenação, focalização na família e orientação comunitária.

Os pontos de atenção secundários e terciários são os nós das redes, onde se ofertam os serviços especializados que se diferenciam por suas densidades tecnológicas. Os pontos de atenção terciários são mais densos tecnologicamente que os secundários. Por esse motivo, tendem a ser espacialmente mais concentrados no território.

Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes, onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação. O sistema de apoio diagnóstico nas redes deve ter uma comunicação fluida com a atenção primária e com os pontos de atenção secundários e terciários e deve operar em alta escala com eficiência econômica e com qualidade. O sistema de assistência farmacêutica abrange um grupo de atividades relacionadas aos medicamentos, incluindo tanto intervenções logísticas, bem como ações assistenciais de farmácia clínica. O sistema de informação em saúde coleta processa e disponibiliza informações para subsidiar a formulação e a implantação de políticas e programas e para alimentar as pesquisas. Deve contemplar dados sobre: os determinantes sociais de saúde e os contextos legais nos quais os sistemas de saúde operam, os insumos usados, a organização, a infraestrutura sanitária, os recursos humanos e financeiros, os resultados epidemiológicos e a equidade em saúde.

Os sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são estruturas que garantem a organização racional dos fluxos e contrafluxos de informações, produtos e pessoas, permitindo o funcionamento de um sistema eficaz de referência e contra-referência, ao longo dos pontos de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são: o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso

regulado e os sistemas de transporte. O cartão de identificação das pessoas usuárias pode ser um cartão com número único para uma região ou país, ou um cartão inteligente com capacidade de armazenamento de informações. É importante que o cartão permita a identificação precisa de seu portador em quaisquer pontos de atenção à saúde, em todo o território de abrangência das redes, ou até mesmo fora dele. Os prontuários clínicos são instrumentos de comunicação entre a equipe multiprofissional responsável pelo cuidado, a pessoa usuária e o serviço de saúde. São também ferramentas gerenciais e de educação dos profissionais e das pessoas usuárias, bem como servem para alimentar os sistemas de informações. O sistema de acesso regulado à atenção à saúde constitui-se de estruturas operacionais que mediam uma oferta determinada e uma demanda por serviços de saúde, de maneira a racionalizar o acesso de acordo com graus de riscos e normas definidas em protocolos clínicos e em fluxos assistenciais. Os sistemas de transporte têm como objetivo estruturar os fluxos e contrafluxos de pessoas e produtos nas redes de atenção à saúde. Esse sistema se estrutura em subsistemas de transporte em saúde de pessoas, de material biológico e de resíduos dos serviços de saúde.

O sistema de governança, quinto componente da estrutura operacional das redes de atenção, é definido como o arranjo organizativo de gestão das redes. Busca promover a cooperação entre os atores sociais e obter melhores resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança tem três dimensões: o desenho institucional, o sistema gerencial e o sistema de financiamento. O desenho institucional pode assumir várias formas, desde a integração vertical de diferentes organizações sob o comando de um único gestor até uma estrutura virtual por alianças estratégicas entre diferentes organizações. No caso do SUS, a governança deve ser constituída por diferentes entes institucionais - gestores federais, estaduais, municipais e prestadores de serviços de organizações públicas e privadas. O sistema gerencial de governança deve apoiar o processo de territorialização, o planejamento estratégico, o sistema de contratualização, o sistema de monitoramento e avaliação e o sistema de acreditação. Já o sistema de financiamento das redes é responsável pela mobilização e movimentação de recursos financeiros, desempenhando três papéis: o extrativo, o acumulativo e o alocativo.

Finalmente, o modelo de atenção à saúde, terceiro elemento constituinte das redes de atenção à saúde, organiza o funcionamento das redes e articula as relações entre subpopulações estratificadas por riscos, os focos e os diferentes tipos de intervenções sanitárias.

Considerando que a hipertensão arterial sistêmica, objeto de interesse deste estudo, é uma condição crônica, apresentam-se as características do modelo de atenção às condições crônicas (MACC), adotado como referência para esta pesquisa.

O MACC estrutura-se em cinco níveis – intervenções de promoção da saúde, intervenções de prevenção de doenças e agravos, gestão de condição de saúde crônica simples, gestão de condição de saúde crônica complexa e gestão de caso – e em três componentes integrados: a população, os focos das intervenções de saúde e os tipos de intervenções de saúde (Mendes, 2009).

No primeiro nível, toda a população do território de uma rede de atenção à saúde é alvo das intervenções, que têm como foco os determinantes sociais da saúde. Já no segundo nível, o alvo é a subpopulação que está submetida a algum fator de risco, entendido como uma característica cuja presença aumenta a possibilidade de surgir um problema de saúde. No terceiro nível, identifica-se a subpopulação que já apresenta problemas de saúde simples (de baixo ou médio risco) para ser acompanhada, principalmente, por meio do autocuidado apoiado. No quarto nível, considera-se a subpopulação com condição de saúde complexa (de alto e muito alto risco), cujo acompanhamento exige a operação equilibrada entre o autocuidado apoiado e o cuidado profissional. Por fim, o quinto nível se refere à subpopulação que apresenta uma condição de saúde muito complexa, que exige intervenções baseadas na gestão de caso. Quanto maior o nível, maior será a necessidade do cuidado multiprofissional, quanto menor o nível maior será a importância do cuidado apoiado.

Operar com esse modelo de atenção às doenças crônicas significa mudar o desenho do sistema de prestação de serviços, encorajar os usuários a participarem de programas comunitários, mudar a organização da atenção à

saúde, implantar sistema de apoio à decisão e fortalecer o autocuidado apoiado, dentre outras estratégias (Mendes, 2009).

Vale mencionar que esse conceito de modelo de atenção é relativamente restrito, referindo-se apenas ao que Teixeira (2002) chama de “dimensão assistencial” do modelo de atenção ou ao que Paim (2008) chama de “núcleo duro das práticas de saúde”. Ou seja, aqui se trata, fundamentalmente, das relações imediatas e singulares entre usuários e profissionais de saúde. Apesar das diferenças semânticas, não há, contudo, divergências conceituais, visto que as demais “dimensões” – gerencial e organizacional - do modelo de atenção, citadas por Teixeira (2002), estão contempladas no modelo teórico de Mendes (2009) sob a forma dos componentes populacional e operacional.

É importante destacar, contudo, que o conceito de rede de atenção à saúde, como formulado por Mendes (2009), é distinto do conceito de redes adotado pela SMS-Aracaju. De acordo com Santos (2006:180), em Aracaju, as redes assistenciais e os equipamentos assistenciais - próprios, em co-gestão ou contratados - constituem a infraestrutura ou o *hardware* da saúde. Da mesma forma, os Manuais de Ações Programáticas (Aracaju, 2007:10) definem rede como uma trama constituída por equipamentos assistenciais de saúde.

Conceitualmente, a ideia de rede, como estruturas organizativas para enfrentar uma condição de saúde específica por meio de um ciclo completo de atendimento (Mendes, 2009), se aproxima, na realidade aracajuana, do conceito de linha de produção de cuidado. Como definem os Manuais de Ações Programáticas (Aracaju, 2007:16), “as linhas de cuidado representam o caminho virtual realizado por um usuário desde a identificação de uma necessidade até o acesso ao conjunto de intervenções disponíveis para reconstituir sua autonomia”.

As definições adotadas pela SMS-Aracaju se aproximam das propostas por Santos e Andrade (2008). Para esses autores, as redes de serviços ou de atenção à saúde representam a interconexão, a integração e a interligação de *serviços ou estabelecimentos*, em todos os níveis de densidade tecnológica do sistema de saúde. São dotadas de um sistema de governança e de elementos

técnicos e organizacionais (normativos) que permitem a gestão racional, eficiente, sistêmica e harmônica, com o objetivo de garantir o direito à saúde da pessoa humana.

Já as linhas de cuidado são o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento de determinados riscos, agravos ou condições específicas do ciclo de vida ou de outro critério médico-sanitário, a serem ofertados de forma oportuna, articulada e contínua pelo sistema de saúde, sendo sua implementação estratégia central para a organização e a qualificação das redes de atenção à saúde, com vistas à integralidade da atenção.

Em Aracaju, as linhas de cuidado, estão constituídas pelos programas de atenção a determinados riscos à saúde ou a grupos vulneráveis, para os quais há protocolos assistenciais definidos. Assim, as linhas de cuidado organizam a atenção por ciclo vital (criança, adulto, idoso), por grupos de agravos à saúde (hipertensão arterial, diabetes, saúde mental) ou por grupo social de vulnerabilidade específica (materno-infantil e portadores de necessidades especiais). Em cada linha de cuidado, o gestor deve disponibilizar os recursos adequados à sua linha e coordenar o conjunto dos serviços. A linha de cuidado deve permitir a mobilidade dos usuários entre os serviços, assegurando a responsabilidade primordial das equipes de atenção primária pela gestão do projeto terapêutico dos usuários (Cecim e Ferla, 2006).

Neste sentido, o que Mendes (2009) chama de rede é o que a SMS-Aracaju (2007) nomeia de linha de produção de cuidados. Considerando a melhor sistematização, elaborada por Mendes, do conceito de rede do que do conceito de linha de cuidado, como formulado pela SMS Aracaju, neste trabalho, adota-se o primeiro conceito.

4. A MEDIDA DA INTEGRAÇÃO

Para medir o grau de integração da rede de serviços de saúde no atendimento aos usuários portadores de hipertensão arterial no município de Aracaju, propõe-se a realização de um estudo de caso único. Trata-se de uma estratégia adequada aos objetivos da avaliação, já que implica o estudo de um objeto, que não pode ser descontextualizado e que exige o seu conhecimento de modo detalhado (Silva, 2001).

A coleta de dados foi realizada através de um questionário, originalmente proposto por Mendes (2009), aplicado a gestores com as adaptações necessárias para adequá-lo às características das ações destinadas ao controle da hipertensão arterial sistêmica (HAS). Concretamente, as adaptações do questionário foram às seguintes: inclusão de referência específica à HAS em todas as questões onde se mostrou pertinente, formação de agrupamentos de questões e subquestões, ajuste na pontuação do escore e substituição da expressão “linhas-guia” por “protocolos e manuais” que são os termos usados em Aracaju.

Assim, o questionário ficou organizado em sete blocos, sendo que cada um destes trata de questões correlatas: (1) a população, (2) a atenção primária à saúde, (3) os pontos de atenção à saúde secundários e terciários, (4) os sistemas de apoio, (5) os sistemas logísticos, (6) o sistema de governança da rede e (7) o modelo de atenção à saúde.

Um estudo-piloto foi realizado para testar a viabilidade do questionário e identificar eventuais novas necessidades de ajustes, através de sua aplicação a gestores e técnicos responsáveis pela rede de atenção/linha de cuidado à saúde das pessoas vivendo com HIV. Ficou demonstrada a viabilidade de aplicação, assim como foram feitos alguns ajustes específicos nos agrupamentos de questões e subquestões.

Assim como no caso do estudo-piloto, no momento da coleta de dados relativos à rede de atenção aos portadores de HAS, o questionário foi aplicado, pela mestrande e pelo professor orientador, aos gestores e à equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju, coletivamente, por meio da realização de oficinas de trabalho.

Especificamente, foi aplicado aos profissionais envolvidos com a rede temática, ou como se denomina em Aracaju, com a linha de cuidado da HAS da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju. Participaram de uma primeira oficina, entre gestores e técnicos, sete pessoas: o diretor da atenção primária e vigilância em saúde, o coordenador da rede de atenção primária, o coordenador da rede de atenção psicossocial, o coordenador da rede de urgência e emergência, o coordenador do núcleo de regulação e auditoria, o coordenador da saúde do adulto, a pessoa de referência técnica em saúde do adulto e idoso. Como faltaram cinco dos convidados, foi organizada uma nova oficina, da qual participaram três pessoas: o coordenador da rede de atenção às especialidades, o coordenador da rede hospitalar, o gerente do centro de referência do ambulatório de cardiologia. Infelizmente, não foi possível colher as impressões de dois gestores: o diretor de atenção à saúde e o coordenador da promoção à saúde.

As oficinas tiveram duração de duas horas cada. As pessoas presentes leram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. A seguir, receberam uma cópia do questionário e um envelope com quatro cartões de papel de cores diferentes. Foi explicado aos participantes que cada cor correspondia a uma pontuação e, a cada pergunta, eles deveriam mostrar o cartão correspondente à pontuação dada individualmente, além de anotar no questionário a sua resposta (a pontuação de cada questão). Se houvesse consenso na resposta se passaria para a próxima questão. Se não houvesse, se abriria a discussão. Embora o questionário fosse longo e as oficinas demoradas, percebeu-se que as pessoas presentes permaneceram motivadas até o fim, sentindo-se úteis por contribuir com a pesquisa. Concluídas as oficinas os pontos atribuídos a cada item foram somados e foi calculada a média para cada questão.

Finalmente, somaram-se as médias de todas as questões para se obter o escore final do grau de integração da rede.

Na escala adotada, pontuação varia de zero a três: 0 (zero) corresponde à inexistência do que está sendo perguntado; 1 (um) , à existência, mas com um funcionamento básico ou incipiente; 2 (dois), à existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento regular, mas insuficiente; e 3 (três) corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Na maioria dos casos, havia apenas questões a serem pontuadas. No caso das questões que continham subquestões, foi calculada e atribuída à questão correspondente a média de pontos das subquestões.

Ao final, a soma de pontos permitiu verificar o grau de integração da rede de atenção à saúde como: rede fragmentada, rede de atenção à saúde incipiente, rede de atenção à saúde avançada e rede integrada de atenção à saúde. Além disso, os resultados possibilitaram a identificação de áreas críticas do desempenho da rede/linha de cuidado para a HAS em Aracaju.

Acrescente-se que as respostas foram analisadas com base no modelo de correspondência entre o quadro teórico e a configuração empírica (Contandriopoulos *et al.*, 1994), ou seja, a partir da confrontação entre o quadro de referência de redes integradas de serviços de saúde, proposto por Mendes (2009), que permitiu a definição de proposições teóricas a serem testadas, e a configuração da realidade empírica de Aracaju, feita de modo a viabilizar o teste das proposições.

Por fim, vale registrar que, antes de se iniciar a pesquisa, o projeto, incluindo o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido a ser apresentado a cada eventual participante da oficina, foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia que o aprovou com parecer de número 042/11, em acordo com a Resolução CNS n° 196/96 que estabelece os requisitos para pesquisa envolvendo seres humanos.

5. O GRAU DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO

5.1. O grau de responsabilização sanitária da rede para com a sua população

A rede de atenção à saúde das pessoas com HAS em Aracaju, de acordo com os gestores entrevistados, define claramente as necessidades de saúde da população de hipertensos. No entanto, a estrutura operacional da rede não está formatada de maneira ótima, mas apenas regular, para atender a todas essas necessidades.

Os entrevistados consideram que o processo de territorialização é realizado satisfatoriamente, sendo toda a população cadastrada a uma equipe de atenção primária à saúde por unidade familiar e classificada por riscos sociais. Nessa classificação, a população é subdividida por critérios demográficos, embora, no que tange aos fatores de riscos específicos e às condições de saúde estabelecidas, quase não se tem informação. Essa ausência de informação indica desconhecimento sobre a real situação de saúde dessas pessoas e, conseqüentemente, sugere que há dificuldade para se planejar ações em todos os níveis de atenção à saúde e para todas as subpopulações de risco para a HAS.

É interessante mencionar que uma pesquisa realizada pela Opas (2011a), em quatro municípios brasileiros, dentre eles, Aracaju, mostra que Curitiba e Belo Horizonte apresentam o melhor desempenho na identificação das necessidades e na divulgação dessas informações para todos os níveis de gestão, através de núcleos de informação consolidados. Belo Horizonte desenvolveu e utiliza o Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS), baseado em indicadores socioeconômicos do IBGE e em alguns indicadores de condições de saúde, para orientar a oferta de serviços de acordo com as condições socio sanitárias. O IVS de BH permite uma estratificação de vulnerabilidade social e de saúde, mas não permite uma classificação por risco específico para condições ou doenças frequentes, como, por exemplo, o segmento da população com risco aumentado para enfermidades cardiovasculares. Já Florianópolis utiliza critérios para classificação de Áreas de Interesse Social, desde 2007, com base

em renda familiar, precariedade de infraestrutura, ambiente e áreas de risco, precariedade da posse da terra e de equipamentos e serviços urbanos. Nada desse tipo existe em Aracaju.

5.2. O papel de atenção primária

Ainda de acordo com os gestores, a APS dispõe de uma equipe multiprofissional com responsabilidades claramente definidas de cada membro, bem como é o ponto de referência para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde e incentiva as pessoas com HAS a adotarem a APS como porta de entrada da rede. Vale mencionar que essa percepção dos gestores é coerente com os resultados de uma pesquisa (Almeida *et al.*, 2011) que revelou que, em várias cidades do país, incluindo Aracaju, as unidades de saúde da família (USF) são o primeiro serviço procurado pela população em caso de necessidade de saúde. Apesar do atendimento aos doentes crônicos, como é o caso dos hipertensos, ser um desafio para os serviços de saúde, a oferta organizada de serviços de saúde destinados a esses grupos prioritários parece estar consolidada.

A relação da APS com os outros níveis de atenção da rede, na percepção dos gestores, funciona de maneira regular. Em particular, não possui boa interação com a atenção especializada como, por exemplo, o intercâmbio de orientações por escrito ou a realização de sessões clínicas conjuntas. A integração da atenção especializada à rede de atenção primária é um desafio difícil de ser superado. Como mostra a OPAS (2011a), a incorporação do prontuário eletrônico único em Florianópolis é uma intervenção que auxilia muito a superação desse desafio. No mesmo sentido, tanto Florianópolis como Belo Horizonte vêm apostando em ações de matriciamento, principalmente em saúde mental. Essas intervenções, se ampliadas, poderão auxiliar na adequação e integração da atenção especializada à rede de atenção primária. Outro fator importante é o compartilhamento de responsabilidades e atribuições entre os profissionais da rede. Isso só é possível a partir da implantação de efetivos mecanismos de comunicação entre os diferentes níveis assistenciais e da criação de espaços de convivência entre os diferentes profissionais.

Para os gestores, os sistemas de informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a HAS são incipientes. Em outras palavras, o sistema de informação existe, mas não abarca informações especificamente pertinentes aos serviços e às pessoas com HAS. Assim, não fornece os subsídios necessários às instâncias decisórias para a redução das incertezas e a diminuição dos riscos associados ao processo decisório.

A vinculação da APS com as pessoas com HAS e suas famílias se dá de maneira regular. Esse achado sugere boa relação dos profissionais com os usuários e suas famílias, propiciada pela territorialização e adscrição de clientela.

Quanto à questão da prestação de cuidados nas condições agudas de acordo com um sistema de classificação de risco das pessoas com HAS na APS, as opiniões dos gestores é que essa assistência é básica. Almeida *et al.* (2011) detectaram que, em Aracaju e Belo Horizonte, apenas 40% das famílias entrevistadas dizem conseguir atendimento sem marcação prévia nas USF, o que significa que o acesso é difícil. Já na visão da maioria dos profissionais de saúde, nas mesmas cidades, a USF cumpre, na prática, a função de pronto-atendimento. Todavia, tanto os profissionais quanto as famílias dos usuários acreditam que, com a implantação das USF, houve uma diminuição significativa da procura por serviços hospitalares e especializados nos casos agudos. Enfim, a situação em Aracaju, segundo os gestores entrevistados é semelhante à encontrada por Almeida *et al.* (2011).

O prontuário estruturado por família é considerado, pelos entrevistados, como de funcionamento regular. As respostas sugerem a existência da padronização dos prontuários e das informações em saúde, permitindo produzir decisões mais eficientes e efetivas. Registre-se que, em Florianópolis e Belo Horizonte, embora existam prontuários eletrônicos, são individuais e não são organizados por família (OPAS, 2011a).

Os conselhos locais existem, mas não se mostram muito eficazes no controle social, operando de maneira básica, segundo os gestores. Coincidindo com o relato dos gestores, 89% dos profissionais integrantes das ESF e 25% das

famílias em Aracaju confirmam a existência dos conselhos locais de saúde, (Brasil, 2005). Há evidências da existência de muitos desses conselhos locais, embora não cumpram sua função de divulgação e mobilização da comunidade, muito menos da participação das pessoas com HAS para levar os problemas de saúde e dos serviços à pauta de discussões.

5.3. Os pontos de atenção secundária e terciária

Na opinião dos gestores, é regular o grau de integração horizontal dos pontos de atenção secundários e terciários para obter ganho de escala regularmente. No que diz respeito à substituição dos pontos de atenção à saúde, alguns não são ofertados como são os casos do hospital/dia, da internação domiciliar, dos centros de enfermagem. Quanto à oferta da cirurgia ambulatorial, de leitos de longa permanência e de cuidados paliativos, são ofertados apenas em um nível básico. Entretanto, os gestores acreditam que é regular o esforço da APS para fazer a substituição hospitalar e ambulatorial especializada no atendimento à pessoa com HAS. Há evidências de um esforço discreto no que se refere ao processo de substituição dos pontos de atenção à saúde em Aracaju. Embora exista alguma substituição da atenção, se faz necessário avançar esse processo para que a rede de atenção à saúde às pessoas com HAS opere com resultados clínicos positivos, reduza os custos da atenção e promova uma melhor qualidade de vida para seus usuários.

Os serviços hospitalares de nível terciário e secundário e também os ambulatorios especializados para os cuidados às gestantes e crianças com HAS, na visão dos gestores entrevistados, são ofertados de maneira básica e estão, de forma incipiente, integrados com a APS em Aracaju.

Para que haja a integração da APS com os demais pontos de atenção à saúde, os mecanismos de referência e contra-referência devem estar disponíveis para os profissionais. Em Aracaju, existem os instrumentos para propiciar a referência e contra-referência, embora sejam pouco usados pelos profissionais. Pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 2005) sobre a saúde da família em dez centros urbanos, incluindo Aracaju, reitera a opinião dos gestores da dificuldade e

insuficiente realização da contra-referência e mostra que mais de 30% dos profissionais entrevistados das ESF informaram nunca receber qualquer tipo de contra-referência em Palmas (44%), Brasília (39%) e Aracaju (32%). De modo similar, a pesquisa realizada pela OPAS (2011a) em Aracaju, Curitiba, Florianópolis e Belo Horizonte, identificou dificuldades na implantação de um sistema de referência e contrarreferência com trânsito adequado de informações, pressuposto essencial para a efetivação da coordenação assistencial. Aperfeiçoar a comunicação entre os profissionais da APS e os especialistas e também com os serviços hospitalares é um grande desafio dos gestores nos serviços de saúde das cidades brasileiras.

De acordo com os entrevistados, a oferta de serviços de urgência e emergência de nível terciário e secundário para atender as pessoas com HAS pode ser categorizada como incipiente. Já a integração com a APS é inexistente. Também foi mencionado pelos gestores à inexistência de mecanismos de referência e contra-referência entre unidades básicas e pronto atendimento (Brasil, 2005). Essas informações revelam que há comprometimento da assistência integral à saúde dessas pessoas com HAS em Aracaju.

Neste município, não estão estabelecidas com clareza, através de protocolos, as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares disponíveis com a APS. Tampouco existe a modelagem de cada ponto de atenção à saúde (ambulatorial ou hospitalar) através dos protocolos. A ausência de protocolos para nortear, a partir de evidências, as ações clínicas em saúde e os fluxos e contra-fluxos entre os serviços pode aumentar a variabilidade dos procedimentos de atenção à saúde dos hipertensos, tornando o sistema ineficiente. E pode favorecer a formação de pontos de atenção ambulatorial e hospitalar como verdadeiras ilhas sem conexão com APS, como lembra Mendes (2009).

Quanto à existência de protocolos e manuais clínicos, dispendo das intervenções mais relevantes no manejo da HAS, as opiniões são de que existem, mas operam de forma básica. Giovanella *et al.* (2010) relatam que os quatro municípios estudados, incluindo Aracaju, adotam protocolos clínicos em diversas áreas do cuidado, baseados em recomendações gerais do Ministério da

Saúde e em revisões feitas com a participação de gestores e entidades representativas dos profissionais, mas apenas Belo Horizonte, Vitória e Florianópolis dispõem também de protocolos para a definição de fluxos e regulação da atenção especializada, o que coincide com os relatos dos gestores de Aracaju. Apesar disso, os gestores consideram que a rede é capaz de descrever o elenco de serviços ofertados e disponibilizado às pessoas com HAS.

A atenção especializada deve ocorrer em um ponto com adequada comunicação com os demais, preferencialmente através de prontuário eletrônico único, governada e regulada pela APS por meio de classificação de risco dos pacientes, com decisões clínicas orientadas por linhas-guias baseadas em evidências, reforçadas pelo uso de ferramentas de gestão da clínica, ampliando seu escopo de atuação não só na área assistencial, mas também com ações de supervisão, educação e pesquisa junto ao restante da rede.

5.4. O sistema de apoio

O sistema de apoio está subdividido em assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e informação. Para os gestores da rede de atenção às pessoas com HAS em Aracaju, os insumos farmacêuticos contemplados para uso dos hipertensos são adquiridos, armazenados e distribuídos adequadamente, de modo a atender às necessidades das pessoas com HAS. Diferentemente da realidade descrita pelos gestores de Aracaju, Oliveira *et al.* (2010) descrevem que, em grande parte dos municípios brasileiros, tanto o armazenamento dos insumos farmacêuticos é feito em condições inapropriadas, quanto a dispensação é feita por trabalhadores sem qualificação para orientar os usuários. Outro estudo da OPAS (2011a) mostra que, em Florianópolis, o controle do estoque de insumos, medicamentos e imunobiológicos é gerido pelo coordenador do serviço com a participação dos profissionais de saúde, sendo as solicitações encaminhadas por meio eletrônico. Ademais, o controle dos insumos nas unidades tem parâmetros que sinalizam para a equipe se os estoques estão baixos ou adequados para a população adscrita. Esse recurso de controle de estoque informatizado tem levado Florianópolis a economizar recursos

financeiros a cada ano ao diminuir o desperdício na compra, armazenamento, validade e distribuição de medicamentos.

Em Aracaju, os formulários terapêuticos são utilizados e o manejo da adesão ao tratamento medicamentoso das pessoas com HAS é feito de maneira regular. Sabe-se que o não uso dos formulários terapêuticos e a não adesão ao tratamento pelos portadores de HAS diminuem a qualidade de vida dessas pessoas e oneram o sistema de saúde com o aumento de internações hospitalares, atendimentos de urgência e consultas ambulatoriais.

A conciliação de medicamentos é realizada de forma básica. Já a farmacovigilância inexistente no atendimento às pessoas com HAS em Aracaju. Contudo, os gestores reconhecem a necessidade do avanço na implementação da conciliação de medicamentos no sistema de atenção à saúde de Aracaju, por se tratar de um procedimento que diminui a ocorrência de erros de medicação, quando a pessoa usuária muda de um nível de assistência ou de um estrato de risco para outro. Também consideram a farmacovigilância um componente importante da assistência farmacêutica, que deve ser inserido na assistência à pessoa com HAS em Aracaju.

O sistema de apoio diagnóstico oferece de modo incipiente exames de imagem para o manejo das pessoas com HAS, considerando escala e qualidade. Escorel *et al.* (2008), em estudo sobre abordagem integral da APS em grandes centros urbanos, relatam que o grande desafio à integração das redes e à garantia de acesso à atenção especializada e a insuficiência de oferta da rede municipal. Nessa pesquisa, dentre os municípios em que os médicos foram entrevistados, Aracaju teve a menor proporção de sucesso no agendamento de procedimentos de média complexidade (43% das tentativas) o que é coerente com a percepção dos gestores de Aracaju.

Os entrevistados informaram que não existem manuais clínicos que orientem a indicação dos exames de imagem e sua interpretação, bem como não há um sistema estruturado de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização da coleta das amostras nas unidades de

saúde. Tampouco se dispõe de protocolos clínicos que orientem as indicações de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados. A inexistência de manuais clínicos que elenquem e orientem o uso dos exames sugere que há dificuldade na prestação e oferta de cuidados apropriados às pessoas com HAS em Aracaju. Como assinala Mendes (2009), os manuais ou os protocolos objetivam instrumentalizar o processo de educação permanente dos profissionais, gerenciar a variabilidade dos serviços de saúde, permitir a comunicação entre serviços de saúde, profissionais e usuários e cumprir a função legal de proteção jurídica para os profissionais e os serviços de saúde.

No que diz respeito ao sistema de informação, os gestores consideram que tem capacidade básica para produzir, interpretar e analisar informações. Corroborando a opinião dos gestores de Aracaju, uma pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde em dez cidades brasileiras, dentre elas Aracaju (Brasil, 2005), mostrou que os gestores entrevistados mencionaram como problemas existentes no Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) a alimentação irregular de dados, a falta de equipamentos de informática, o não acompanhamento pelo nível local e, em consequência, sua não utilização no planejamento das ações locais. Além disso, no caso de Aracaju, as informações são subutilizadas por problemas tecnológicos, por análise insuficiente, por dificuldades na interpretação de dados ou por inexperiência de trabalho orientado para avaliação. Os sistemas de informação, principalmente o SIAB, são considerados insuficientes para abarcar o elenco de procedimentos e informações que dispõe os serviços de saúde, ocorrendo perda de informações. Os gestores assinalam ainda a fragmentação dos sistemas de informação, com a abundância de instrumentos de coleta de dados e a dispersão das informações, bem como a ausência de comunicação entre os diversos sistemas. Corroborando a percepção dos gestores, a pesquisa da OPAS (2011a) relata que Aracaju não possui um sistema de informação com potencial de ser o elemento estruturador de comunicação entre os diferentes serviços e níveis assistenciais. Já Florianópolis e Curitiba possuem sistemas de informação mais aprimorados, inclusive com sistemas de apoio para decisão clínica e integração de funções assistenciais com funções gerenciais. Belo Horizonte e Curitiba avançaram na

utilização dos sistemas de informação do DataSUS, criando *softwares* próprios que integram as informações desses sistemas à distribuição geográfica dos acontecimentos e ao serviço de saúde responsável pelos mesmos. Essa agregação em base territorial dos dados qualifica seu potencial de utilização.

5.5. O sistema logístico

O sistema logístico é composto de: cartão de identificação, prontuário clínico, sistema de regulação e transporte. Em Aracaju, o sistema logístico não dispõe de registro de base populacional único que integre as informações epidemiológicas, gerenciais e classifique a população com HAS em subpopulações de risco. Apenas possui um cartão de identificação com número único de base nacional que é o cartão SUS e o cartão da família que identifica a família e o território sanitário. Esses cartões não contêm informações sobre as condições de saúde da população com HAS, o que compromete o planejamento das ações e necessidades de saúde ao longo da rede. Na opinião dos entrevistados, esses cartões são oferecidos e utilizados à população de forma regular. Já em Florianópolis, o cadastro dos usuários inclui não apenas o número do cartão SUS, que pode ser gerado na hora devido à informatização de mais de 90% dos serviços de saúde, mas também outros registros individuais. Assim, caso o usuário não saiba o número do seu cartão SUS, poderá informar o CPF ou o RG para que se abra o prontuário eletrônico. A duplicidade de cadastro é minimizada através de protocolos de busca pela equipe de informática. Nesses casos, os prontuários são unificados, dependendo da concordância de um conjunto de identificadores (OPAS, 2011a). Em Curitiba, existe o Cartão Qualidade SUS, um aplicativo que tem como objetivo obter o registro de todos os eventos técnicos e administrativos ocorridos nas relações entre as pessoas usuárias e os prestadores de serviços do SUS, com base num cadastro único dessas pessoas e dos estabelecimentos de saúde. Esse cartão sustenta-se num prontuário eletrônico ao qual se associa um conjunto de funcionalidades auxiliares, de natureza administrativo-gerencial, e se disponibiliza ao conjunto dos serviços de saúde do SUS no município (OPAS, 2011b).

O prontuário eletrônico, uma ferramenta potente para gerenciar o cuidado às pessoas com HAS, está ausente do sistema de saúde de Aracaju, dificultando a integração das informações da APS com os pontos de atenção secundários e terciários e a assistência farmacêutica, bem como a emissão de lembretes, alerta e *feedbacks* relativos à situação de saúde das pessoas com HAS. Neste aspecto, Aracaju está atrasada em relação a Belo Horizonte e Florianópolis, onde se observam experiências do prontuário eletrônico, desde 2008 (Giovanella *et al.*, 2010). Como assinala a pesquisa da OPAS (2011a), a implantação do prontuário eletrônico único, tanto na atenção básica como na atenção especializada e nos serviços de apoio próprios dos municípios de Curitiba, Florianópolis e Belo Horizonte, representa um avanço, mas os serviços contratados, públicos ou privados ainda resistem à sua incorporação, impedindo a integração entre todos os serviços vinculados às redes municipais.

Os gestores de Aracaju avaliam que a APS consegue, apenas de maneira incipiente, agendar as intervenções eletivas como consultas especializadas, exames de análises clínicas e de imagem para as pessoas com HAS, sendo que as intervenções hospitalares não são agendadas pela APS. Ainda de acordo com Giovanella *et al.* (2010), neste caso, Aracaju não é diferente de Florianópolis e Vitória, onde não há fluxos formalizados para o acesso à atenção hospitalar. São os serviços de pronto-atendimento e urgência e emergência que buscam as vagas na rede hospitalar.

Em Aracaju, o sistema de regulação das urgências e emergências para as pessoas com HAS opera regularmente com médico regulador permanente. Funcionando 24 horas por dia, pode encaminhar a pessoa com HAS a um serviço adequado a fim de garantir a melhor opção de atenção possível.

O sistema de transporte em saúde integrado na rede, com rotas pré-definidas e comunicação em tempo real para deslocar as pessoas com HAS que necessitem ser deslocadas tem funcionamento básico em Aracaju. O transporte das pessoas com HAS se dá através do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), no caso das urgências e emergências, e do transporte social das pessoas com incapacidade física para se deslocarem em situações

previsíveis como consultas e exames agendados. O transporte oferecido a esses usuários em Aracaju, de forma básica, sugere o comprometimento do acesso e do atendimento às necessidades no que se refere ao menor tempo possível, com veículo apropriado, na rota certa e em tempo real, prejudicando a atenção integral à saúde dessas pessoas. A pesquisa da OPAS (2011b) traz uma experiência inovadora nos sistemas logísticos nas redes de atenção à saúde: o sistema estadual de transporte eletivo em saúde de Minas Gerais, que integra a central de transportes com a central de procedimentos eletivos. Esse sistema emite um bilhete, contendo informações do local, horário do procedimento e número do assento. Essa experiência acontece em 50 microrregiões de saúde de Minas Gerais.

5.6. O sistema de governança

Para os gestores entrevistados, a estrutura organizacional de governança garante regularmente o acesso ao conjunto dos serviços de saúde necessário ao cuidado das pessoas com HAS. Consideram que o sistema de governança formula e implanta o plano estratégico basicamente. A definição, de forma compartilhada com todos os participantes, da missão, visão e valores da rede ocorre de forma básica. Os achados indicam, por um lado, a necessidade de avançar na formulação e implantação do plano estratégico com ações coordenadas de curto, médio e longo prazo, com convergência dos diferentes atores, para se alcançar os objetivos da rede de atenção às pessoas com HAS. Por outro lado, se faz necessária também uma coordenação que promova a cooperação entre todos os atores e todas as instituições que compõem a rede.

Não existe, em Aracaju, um sistema de monitoramento e avaliação da rede de atenção à pessoa com HAS, que contemple a opinião das pessoas usuárias. Na sua rede de atenção à saúde às pessoas com HAS, se faz necessário desenvolver a capacidade de gestão para planejar, monitorar e avaliar o desempenho baseado no controle dos objetivos e metas, construídos coletivamente no planejamento estratégico, como assinalam Fleury e Ouverney (2007). Ao contrário da capital sergipana, Belo Horizonte e Curitiba são exemplos

de municípios que têm bons planos municipais de saúde e estabelecem participativamente, com o conjunto da rede e a população, objetivos a serem alcançados, com explicitação das metas e indicadores. Em Curitiba, para cada Distrito Sanitário e para cada Unidade Básica de Saúde, são estabelecidos e assinados Termos de Compromisso de Gestão entre o Secretário Municipal de Saúde e o coordenador do Distrito Sanitário e entre este e o coordenador da Unidade Básica de Saúde. Nesses Termos de Compromisso de Gestão, são pactuados metas e indicadores avaliados trimestralmente, cujo cumprimento por parte das equipes acionará o sistema de incentivos (OPAS, 2011a).

Aracaju não possui um sistema de acreditação da rede de atenção à pessoa com HAS, que possibilite a verificação periódica, voluntária e reservada dos serviços, com vistas a estimular o desenvolvimento da melhoria contínua da qualidade da atenção à saúde e da proteção da saúde dessa população. Já Curitiba, apesar de ainda não contar com processo formal de acreditação nas UBS, trabalha com contratos de gestão focados na qualidade. Os termos desses contratos têm sua base formulada em cláusulas que constituem as pactuações de responsabilidades entre todas as partes envolvidas (OPAS, 2011a).

Os entrevistados consideram que se encontra em um nível básico a contratualização dos prestadores de serviços próprios e terceirizados, de um modo que permita o alinhamento aos objetivos da rede de atenção à pessoa com HAS. A assinatura de contratos favorece o diálogo permanente entre o contratante e o prestador, permitindo-se corrigir os problemas, quando estes surgem, partilhar riscos, lucros e perdas, além de construir o sentido da responsabilização. Nas redes de atenção à saúde deve se desenvolver um ciclo de contratação: a partir das necessidades de saúde expressas no plano estratégico, definem-se os serviços de saúde a comprar, suas especificidades em quantidade e qualidade, para assim prestar assistência aos usuários com qualidade e acesso garantido.

É básica a gestão dos pontos de atenção à saúde e do sistema de apoio, considerando a intenção de garantir a adesão de todos e cada um de seus integrantes aos objetivos da rede de atenção às pessoas com HAS. Em Aracaju,

é preciso melhorar a coordenação das ações gerenciais e assistenciais dos pontos de atenção à saúde e do sistema de apoio da rede para que a adesão aos objetivos dessa se dê efetivamente.

Os entrevistados consideram incipientes os mecanismos de gestão financeira da rede de atenção à pessoa com HAS em Aracaju. Os objetivos da rede de atenção à saúde das pessoas com HAS não estão alinhados com o sistema de financiamento e com os incentivos econômicos, o que dificulta a melhoria de eficiência, qualidade e coordenação da atenção.

5.7. Modelo da atenção

O modelo de atenção à saúde para as pessoas com HAS no município de Aracaju é capaz, de maneira incipiente, de articular as subpopulações de risco para a HAS com as intervenções de saúde. A identificação das subpopulações de risco para a HAS é essencial para que os sistemas de saúde possam assegurar a todos uma atenção baseada nas necessidades de cada um. Em Aracaju, apesar de estar descrito no Manual de Saúde do Adulto (2007) como se realizar essa estratificação de risco para a HAS, a rede de atenção à saúde as pessoas com HAS não dispõe de um sistema que disponibilize essas informações. Com isso, verifica-se uma dificuldade de articular as necessidades das subpopulações de hipertensos, segundo os seus riscos, com a distribuição equilibrada dessa oferta de serviços por todos os pontos de atenção à saúde para assim tornar a rede mais efetiva.

O sistema de informações clínicas não produz alerta e lembretes para profissionais e usuários. Quanto à identificação de subpopulações relevantes em função de risco, o compartilhamento das informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à rede e o monitoramento do desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção é incipiente. A inexistência do prontuário eletrônico em Aracaju, já citada dificulta a emissão de informações clínica em tempo real e para todos os níveis de atenção, bem como de produzir alerta e lembretes. A

identificação de subpopulações de risco para a HAS se faz importante, pois, como lembra Mendes (2009) permite o registro de pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, de modo a agrupá-las, com o objetivo de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e a assegurar a oferta e a distribuição dos recursos específicos para cada qual.

O plano de cuidado individual para cada pessoa com HAS é realizado de maneira incipiente. Cabe considerar ainda que, embora se construa um plano individual ou projeto terapêutico, este deve ser adequado a cada usuário em sua singularidade e também deve ser monitorado e controlado pelos cuidadores, sejam eles profissionais, sejam membros da família dos usuários, como salientam Malta e Merhy (2010). Diferentemente do que ocorre em Aracaju, o plano de cuidado individual deve ser elaborado conjuntamente pela equipe de saúde e pelo usuário, estabelecendo metas a serem cumpridas ao longo de períodos determinados. Só assim, vai haver uma relação de cooperação na elaboração, monitoramento, e avaliação do plano de cuidado.

O sistema de suporte a decisões, no que diz respeito à introdução de diretrizes clínicas baseadas em evidências na prática do serviço e no desenvolvimento das ações de educação permanente, de acordo com os gestores entrevistados, funciona de maneira básica. Já o compartilhamento das diretrizes clínicas com os usuários para fortalecer a sua participação não existe. Está claro que o modelo de atenção às doenças crônicas em Aracaju deve avançar no que tange ao uso das diretrizes clínicas, que darão suporte às decisões, embora se saiba que só produzem mudanças comportamentais nos profissionais de saúde e usuários quando acompanhadas de educação permanente. Acredita-se, ademais, que o compartilhamento das diretrizes clínicas com o usuário pode produzir uma mudança nas relações entre esses e equipe de saúde e os usuários vão se tornar participantes mais ativos em sua atenção à saúde.

Os gestores afirmam que, de maneira básica, estão adequadas às necessidades das pessoas com HAS as estratégias de autocuidado como o apoio, através da educação em saúde, ao empoderamento dessas pessoas. A

pesquisa conduzida pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2005) afirma que, nos municípios estudados, com exceção de Palmas, os hipertensos acompanhados pelas ESF recebem mais orientações individuais. Em Aracaju e Brasília, as proporções de orientações dos hipertensos em grupo foram bastante reduzidas com, respectivamente, 22% e 25% do total de orientações realizadas. Essas ações de educação em saúde para os hipertensos, pouco executadas em Aracaju, indicam comprometimento no ganho de autonomia e empoderamento das pessoas com HAS e maior dependência aos serviços de saúde.

Quanto à utilização de planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe e os usuários, os gestores consideram que acontece de maneira incipiente, embora saibam que é interessante compartilhar as informações clínicas e a construção dos planos de autocuidado com os portadores de HAS para oferecer uma atenção à saúde construída com consistência a partir de evidências e com as preferências dos usuários.

As ações relativas aos recursos da comunidade são propostas de maneira incipiente. Esse fator evidencia dificuldade na organização dos recursos das organizações de saúde e da comunidade para prover apoio ao autocuidado das pessoas com HAS em Aracaju.

No que diz respeito ao manual e protocolo para a HAS, de acordo com os gestores, sua construção utiliza evidências científicas de maneira básica e sua validação foi feita apenas internamente. Tanto a validação interna como a externa é importante para garantir que o instrumento seja aceito e utilizado posteriormente. O manual foi submetido a uma avaliação básica antes de ser implantado e foi comunicado adequadamente, de forma regular, aos profissionais.

Para os entrevistados, está em um nível básico, em Aracaju, a organização de fluxos e contra-fluxos das pessoas com HAS na APS e nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio. No Manual Saúde do Adulto e Idoso (Aracaju, 2007) não estão descritos os fluxos e contra-fluxos e nem as diretrizes clínicas para outros níveis de atenção à saúde que não seja a APS. Esse fato dificulta a comunicação entre o sistema de atenção, os profissionais e

os usuários e propicia a variabilidade de conduta no manejo clínico das pessoas com HAS nos níveis secundários e terciários da rede de atenção à saúde para os hipertensos em Aracaju. Também está em nível básico, a estratificação por risco das subpopulações de pessoas com HAS com uma condição de saúde estabelecida. Ainda no Manual Saúde do Adulto e Idoso (Aracaju, 2007), está disposta a estratificação de risco para a HAS em risco baixo, risco médio, risco alto e muito alto, diferente da estratificação de risco das subpopulações para HAS preconizada por Mendes (2009), que, além das condições de saúde estabelecidas para as pessoas já diagnosticadas como hipertensas, que requerem a gestão da condição ou a gestão de caso (nível 3, 4 e 5), também estratifica a população geral que necessita de intervenções de promoção da saúde (nível 1) e a subpopulação exposta a riscos que precisa de ações de prevenção (nível 2). Essas disposições evidenciam a necessidade de descrição, no manual de Aracaju, do manejo das pessoas com HAS que se beneficiariam da gestão de caso: uma condição que requer maior atenção profissional e constitui de 1 a 5 % da população total de pessoas com HAS.

Os gestores afirmam que o manual contém uma planilha de programação baseada em parâmetros, mas a consideram regular e não ótima, pois não é utilizada para programar as ações. Segundo Mendes (2009), a existência da planilha tem o objetivo de conduzir a elaboração da programação dos serviços de saúde em relação à condição de saúde específica, neste caso da HAS.

Os entrevistados avaliam que não ocorre revisão periódica do manual. Seria importante fazer revisão periódica dos manuais, pois a ciência e os estudos estão constantemente evoluindo e os novos conhecimentos devem ser incorporados à prática clínica para que os profissionais se mantenham atualizados e possam prestar uma assistência de qualidade.

Já protocolos clínicos para a utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistema de apoio são inexistentes em Aracaju. Os protocolos clínicos e os manuais deveriam ser adotados em todos os níveis de atenção à saúde com o objetivo de definir menor variabilidade e maior precisão nos procedimentos adotados pelos profissionais de saúde. Em Belo Horizonte,

Curitiba e Florianópolis, ao contrário, não só existem os protocolos clínicos como se encontram vinculados ao prontuário eletrônico. Os protocolos permitem a estratificação de risco, conforme os pressupostos estabelecidos. Em Florianópolis, o Infosaúde relaciona automaticamente o conjunto padronizado de exames complementares para a assistência pré-natal de acordo com o momento do acompanhamento da gestante. Além disso, lembreadores alertam os profissionais quanto à indicação de suplementação de ferro, realização de exames citopatológicos, resultados de exames selecionados e sobre as ausências/absenteísmos das pacientes nas últimas consultas programadas. Essa facilitação da prática assistencial por meio do prontuário eletrônico configura um exemplo de sistemas de apoio à decisão clínica (OPAS, 2011a).

Em Aracaju, segundo uma pesquisa do Ministério da Saúde (Brasil, 2005), a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) desenvolve ações articuladas intersetorialmente como nos casos do acompanhamento do Programa Bolsa Família, do combate à dengue e do orçamento participativo. Contudo, de acordo com os entrevistados, essas ações de promoção à saúde, voltadas para determinantes distais e intermediários da saúde, são realizadas de maneira incipiente. Para Escorel (2009), as ações intersetoriais com a participação dos profissionais da saúde da família facilitam a propagação de iniciativas e têm papel fundamental na modificação de situações de risco social e de saúde. Para a OPAS (2011a), Aracaju incluiu nas USF a figura do assistente social o que ampliou a capacidade da saúde da família em realizar ações intersetoriais, além de ampliar a participação social da comunidade junto aos conselhos de saúde. No mesmo sentido, Belo Horizonte realizou em 2009 uma estratégia de planejamento da APS, com oficinas descentralizadas nas Unidades, com fluxo ascendente para o nível distrital e municipal, com intensa discussão por toda a rede de saúde sobre qual modelo de atenção deveria estar presente no dia-a-dia das Unidades de Saúde. Embora existam em Aracaju relatos de ações intersetoriais, os gestores da rede de atenção às pessoas com HAS consideram que muitas delas estão sendo enfrentadas por programas setoriais de forma tematizada e fragmentada que não abrange toda a população e às vezes nem se tem articulação com setor saúde.

As ações de prevenção de doenças ou complicações para diferentes subpopulações com fatores de risco são realizadas, na visão dos gestores, de modo incipiente. Essas ações de prevenção que atingem uma grande camada da população em Aracaju estão dispostas no Manual de Saúde do Adulto e Idoso (Aracaju, 2007) como o programa de combate ao sedentarismo - a Academia da Cidade está organizada em 12 bairros da cidade.

A tecnologia de gestão da condição de saúde que estratifica as subpopulações de diferentes riscos para a HAS é classificada, pelos gestores de Aracaju, como básica. A gestão da condição de saúde se desenvolve, através de um conjunto de intervenções gerenciais, educacionais e de cuidado, que objetiva alcançar bons resultados clínicos, reduzir riscos para os profissionais e para os usuários, contribuindo para a melhoria da eficiência e da qualidade da atenção da saúde.

A tecnologia da gestão da clínica, para elaborar um plano de cuidado para cada pessoa com HAS, é utilizada incipientemente, segundo os gestores. A gestão da clínica, como lembra Mendes (2009) é uma tecnologia sanitária que parte das diretrizes clínicas para, a partir delas, desenvolver as tecnologias de gestão da condição de saúde, gestão de caso, a auditoria clínica e a gestão de lista de espera. A partir desse conceito, evidencia-se que a rede de atenção à saúde aos portadores de HAS em Aracaju opera com insuficiência de elementos para compor a gestão da clínica e elaborar o plano de cuidado para cada pessoa com HAS.

Quanto à questão do desenvolvimento da educação permanente dos profissionais na gestão da condição de saúde com base no manual para a HAS, a opinião dos gestores é que essas ações são realizadas regularmente. Esse achado sugere uma estruturação da educação permanente dos profissionais, embora não possa elucidar se os processos educacionais são potentes e capazes que permita a implantação das diretrizes clínicas contidas no manual. Corroborando a opinião dos gestores, a pesquisa da OPAS (2011a) descreve que Aracaju criou um Centro de Educação Permanente da Saúde que permite a aproximação entre médicos especialistas e profissionais da APS em estrutura

física adequada para atividades educacionais, sempre em horário protegido, isso é, dentro da carga horária contratual dos profissionais de saúde do município. O objetivo de centralizar e sistematizar as atividades de educação permanente nesse centro foi o de garantir que a ênfase do processo de educação permanente seja a priorização da Atenção Primária à Saúde como reestruturadora do modelo assistencial no município. O foco das atividades de capacitação são os programas de saúde prioritários definidos nos colegiados das redes, fórum de integração entre os diferentes tipos de serviços de saúde do SUS de Aracaju. Também em Belo Horizonte, as Unidades Básicas de Saúde participam, desde alguns anos, de um programa de Telessaúde, com ênfase em segunda opinião médica, que também favorece o intercâmbio entre os profissionais. Curitiba tem conseguido incluir nos contratos de gestão com os hospitais não-municipais atividades de educação permanente para APS. Todas essas experiências favorecem a diminuição da lista de espera dos usuários para consultas e procedimentos, além de ser um excelente exercício de educação permanente em serviço e intercâmbio de conhecimento entre profissionais de diferentes níveis assistenciais.

As ações de educação em saúde das pessoas com HAS são desenvolvidas segundo os gestores de maneira regular, mas insuficiente. O Ministério da Saúde (Brasil, 2005), em pesquisa realizada em dez grandes centros urbanos, dentre eles Aracaju, afirma que mais da metade dos profissionais de nível superior entrevistados consideram que a população valoriza muito a realização de grupos de acompanhamento e orientação. Em Aracaju, há oferta de ações de educação em saúde para as pessoas com HAS, contudo não se pode esclarecer se essas ações de educação são apropriadas para permitir que essas pessoas possam compreender e se apropriar das diretrizes clínicas da HAS.

A tecnologia das listas de espera, para os gestores entrevistados, apenas de modo incipiente é utilizada com base em riscos e em evidências e de forma transparente. A rede de atenção à saúde as pessoas com HAS de Aracaju tem um tempo longo de espera e a oferta excede a demanda. As listas de espera ainda não se constituem, em Aracaju, como ferramentas para racionalizar o

acesso aos serviços com transparência e ordenamento da necessidade dessa população.

A tecnologia de gestão de caso para a subpopulação de pessoas com HAS com condições de saúde muito complexas, de acordo com os gestores, não é adotada na rede de atenção às pessoas com HAS em Aracaju. Mendes (2009) conceitua a gestão de caso como um processo cooperativo entre um profissional gestor de caso e uma pessoa portadora de uma condição de saúde muito complexa e sua rede de suporte para planejar, monitorar e avaliar opções de cuidados e de coordenação da atenção à saúde, de acordo com as necessidades da pessoa e com o objetivo de propiciar uma atenção de qualidade, humanizada e capaz de aumentar a capacidade funcional e de preservar autonomia individual e familiar. Faz-se necessária a implantação da gestão de caso na rede de atenção à saúde as pessoas com HAS em Aracaju por se tratar de uma tecnologia que pode diminuir a fragmentação da atenção à saúde, aumentar a qualidade do cuidado, estimular a adesão aos cuidados prescritos, desenvolver a autonomia das pessoas, orientar os usuários e suas famílias a acessar os pontos de atenção à saúde adequada e prevenir as internações sociais, assim tornando o cuidado a essas pessoas com condições complexas de saúde mais adequado e provedor de autonomia.

O manual não define como esses casos devem ser gerenciados, nem como o plano de cuidado deve ser realizado pela equipe multiprofissional em conjunto com a pessoa com HAS e sua família. E, conseqüentemente, não são traçadas metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e da pessoa com HAS e de sua família. Esse achado sugere que se a gestão de caso for implantada na estratificação de risco das pessoas com HAS em Aracaju se faz necessário ser definido no manual o processo da gestão de caso e suas várias etapas para que os profissionais possam manejar adequadamente o cuidado.

Cabe ressaltar que, embora a gestão de caso seja muito importante no manejo dos cuidados de condições de saúde muito complexas, não há relatos significativos da utilização dessa tecnologia no Sistema Único de Saúde, como informa Mendes (2009).

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O escore global da avaliação revela que a rede de atenção à saúde das pessoas com HAS em Aracaju tem um grau incipiente de integração.

No que concerne à responsabilização sanitária para com a população, o grau de integração da rede é regular. Por um lado, a atenção primária é territorializada e dispõe de um cadastramento da população por unidade familiar, com classificação por riscos sociais e por critérios demográficos. Por outro, não se tem informação sobre os riscos específicos e as condições de saúde das pessoas com HAS, o que seria fundamental para se planejar ações em todos os níveis de atenção à saúde e para todas as subpopulações de risco para a HAS.

No que se refere à estrutura operacional, o grau de integração da rede de Aracaju é incipiente.

Nesta estrutura, a APS tem certas características que favorecem a integração e outras que a dificultam. Dentre as primeiras, destacam-se a vinculação das equipes de saúde com as pessoas com HAS e suas famílias e o funcionamento do prontuário por família, que se dão de maneira regular. Dentre as segundas, são incipientes os sistemas de informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a HAS e a prestação de cuidados nas condições agudas de acordo com um sistema de classificação de risco.

Já os pontos de atenção secundária e terciária contribuem pouco para integração da rede de atenção às pessoas com HAS, em Aracaju. Com efeito, apesar de apresentarem um grau regular de integração horizontal, é incipiente a oferta de serviços de urgência e emergência, de cirurgia ambulatorial, de leitos de longa permanência e de cuidados paliativos, assim como são incipientes o sistema de referência e contra-referência e o uso de protocolos e manuais clínicos.

O sistema de apoio da rede, por sua vez, contribui para a integração da rede no que se refere à gestão da assistência farmacêutica a aquisição, armazenamento e distribuição dos insumos farmacêuticos. Por outro lado, a inexistência de manuais clínicos para exames de imagem e análises clínicas compromete a prestação e oferta de cuidados apropriados às pessoas com HAS em Aracaju.

O sistema logístico tem como maior contribuição à integração da rede o sistema de regulação das urgências e emergência. E como maior falha a ausência de prontuário eletrônico e de uma base de dados única que classifique as subpopulações de risco.

Ainda na estrutura operacional, o sistema de governança apresenta mais fragilidades que fortalezas. Apesar de garantir regularmente o acesso ao conjunto dos serviços de saúde, o planejamento estratégico da rede, a coordenação, o monitoramento e a avaliação e a gestão - dos pontos de atenção, das finanças e do sistema de apoio - são desenvolvidos de modo apenas incipiente.

No que concerne ao modelo de atenção, sua contribuição para a integração da rede é pequena e concentrada em três aspectos, desenvolvidos de maneira regular: a prática institucionalizada de programação baseada em parâmetros, as ações de educação permanente e as ações de educação para a saúde das pessoas com HAS. Dentre os aspectos incipientes, destacam-se: a frágil articulação das subpopulações de risco para a HAS com as intervenções de saúde, a inexistência do prontuário eletrônico, a baixa efetividade das estratégias de apoio ao autocuidado e de mobilização de recursos da comunidade. Ressaltem-se também a incipiência das ações intersetoriais, da gestão da condição de saúde – com a estratificação das subpopulações de diferentes riscos para a HAS –, da gestão da clínica e da gestão de caso.

Enfim, se o sistema municipal de saúde de Aracaju pode ser considerado avançado em muitos aspectos, inclusive na organização de redes e linhas de cuidado (Santos, 2006), este estudo demonstra que, no caso da atenção às pessoas com HAS, mesmo na visão dos gestores, ainda há muito a avançar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. A Saúde e o Paradigma da Complexidade. Disponível em [http: www.unisinos.br/ihu](http://www.unisinos.br/ihu). Acessado em 10 de maio 2011.

ALMEIDA, P.F, FAUSTO, M. C. R, GIOVANELLA, L. Fortalecimento da atenção primária à saúde: estratégia para potencializar a coordenação dos cuidados. Ver Panam Salud Publica. 2011:29(2): 84-95.

ARACAJU. SECRETARIA DE SAÚDE – **Manual de Ações Programáticas Saúde do Adulto e Idoso**, 2007.

ARACAJU. SECRETARIA DE SAÚDE - **Plano Municipal de Saúde de Aracaju 2008-2009**.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ – Saúde da família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados. Brasília, 2005.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE - *Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde*. Brasília, Secretaria de Atenção à Saúde, 2006.

CECIM, B. R.; FERLA, A. A. Linha de cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para outra educação dos profissionais de saúde. In: Pinheiro, R; Matos, R. A. (Orgs.). *Gestão em redes; práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: IMS- UERJ, 2006.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. ET AL. *Saber preparar uma pesquisa*. Rio de Janeiro. Ed. HUCITEC, 1994.

SCOREL, S.; GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M. H. M.; ALMEIDA, P. F.; SENNA, M. C. M.; FAUSTO, M. C. R.; DELGADO, M. M.; ANDRADE, C. L. T.; CUNHA, M. S.; MARTINS, M. I. C.; TEIXEIRA, C. P.; Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(3): 783-794 2009. Disponível em [http: www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado em 15.01.2012.

FLEURY, S.; OUVRENEY, M. A. *Gestão de Redes: a estratégia de regionalização da política de saúde*. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2007.

GIOVANELLA, L; ALMEIDA, P. F.; MENDONÇA, M. H. M.; SCOREL, S. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em [http: www.scielo.br](http://www.scielo.br). Acessado em 19.12.2011.

HARTZ, Z. M. A.; CONTANDRIOPOULOS, A. P. Integralidade da Atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um

“sistema sem muros”. Cadernos de Saúde pública, 20 sup., Rio de Janeiro, 2004. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 19.12.2011.

LESSA, I. Hipertensão Arterial Sistêmica no Brasil: tendência temporal. *Cadernos de Saúde Pública*, vol.26, nº8, Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em: 10.02.2011.

MALTA, C. D. *et al.* A construção da vigilância e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis no contexto do Sistema Único de Saúde. *Revista Epidemiologia e Saúde* 2006; 15(1): 47-65.

MALTA, D.C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 14,n.34, p. 593-605, jul/set. 2010.

MENDES, V. E. *As Redes de Atenção à Saúde*. Belo Horizonte: ESP-MG, 2009.

OLIVEIRA, L. C. F.; ASSIS, M. M. A.; BARBONI, A. R. Assistência Farmacêutica no Sistema Único de Saúde: da Política nacional de Medicamentos à atenção básica à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em <http://www.scielo.br>. Acessado em 19.02.2012.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovando o papel da Atenção Primária nas redes de Atenção à Saúde: resultados do laboratório de inovação em quatro capitais brasileiras. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde; Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. Brasília: Organização Pan Americana da Saúde, 2011a.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Organização Pan-Americana da Saúde; Ministério da Saúde; Conselho Nacional de Secretários de Saúde; Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde, Eugênio Vilaça Mendes (coord.). Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011b.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. *Prevenção de Doenças Crônicas um investimento vital*. (OMS), 2005. Disponível em: <http://new.paho.org>. Acessado em: 28/04/2011.

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD – Redes Integradas de Servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación em las Américas. Washington, OPS/OMS, Serie La Renovación de la Atención primaria de Salud em las Américas, 2008.

PAIM, J. S. *Modelos de Atenção à Saúde no Brasil*. IN: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S; LOBATO, L. de V. C. NORONHA. J. C. CARVALHO, A. I. (orgs.) *Políticas e Sistemas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2008.

PIERIN, G.M. A, MION JR. D. *Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial. Manual de Enfermagem*. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde, 2001.

ROVERE, M. *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Rosario: Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión), 1999.

SANTOS, R.C. *Saúde Todo Dia: uma construção coletiva*. São Paulo. Ed. HUCITEC, 2006.

SANTOS, L., ANDRADE, L. O. M. Rede interfederativa de saúde. In: SILVA, S. F. (Org.) *Redes de Atenção à Saúde no SUS: o pacto pela saúde e redes regionalizadas de ações de serviços de saúde*. Brasília: CONASEMS - IDSA, 2008.

SILVA, E. L.; MENEZES, E. M. *Metodologia da pesquisa e elaboração de dissertação*. Florianópolis, 2001. Disponível em <http://www.led.ufsc.br>. Acessado em: 10 de abril 2011.

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

TEIXEIRA, C. F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. Disponível em <http://www.scielo.br>. Cadernos de Saúde pública, Rio de Janeiro, 18 (Suplemento): 153 – 162,2002. Acessado em: 15 de maio de 2011.

WATTS, D. J. *Seis Graus de Separação: a evolução da ciência de redes em uma era conectada*. São Paulo. Ed. Leopardo, 2009.

ANEXOS

ANEXO 1

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE INTEGRAÇÃO DA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM ARACAJU

1. Instruções para o uso do questionário

Inicialmente, os entrevistados deverão manifestar seu consentimento livre e esclarecido em participar da pesquisa, assinando o Termo específico.

A seguir, a estrutura em sete blocos do questionário e o sistema de pontuação serão apresentados, pela pesquisadora, ao entrevistado, seguidos de uma breve discussão sobre algum esclarecimento que se fizer necessário.

O passo seguinte será a aplicação propriamente dita, através de perguntas e respostas, seguindo-se a ordem pré-estabelecida no questionário.

As questões deverão ser respondidas, com base em pontuação, variando de 0 a 3: 0 (zero) corresponde à inexistência do que está sendo perguntado; 1 (um) , à existência, mas com um funcionamento básico ou incipiente; 2 (dois), à existência do que está sendo perguntado, com um funcionamento regular, mas insuficiente; 3 (três) corresponde à sua existência em operação de forma ótima.

Ao final, a pontuação total será calculada para verificar o estágio de desenvolvimento da rede/linha de cuidado à pessoa com hipertensão arterial sistêmica: rede fragmentada, rede em estágio inicial, rede em estágio avançado e rede integrada.

2. Interpretação dos resultados

Deverá ser feita a soma do total de pontos recebidos para cada elemento ou componente da(s) rede(s) avaliada. O resultado final deverá ser interpretado assim:

ESCORE	INTERPRETAÇÃO
0 a 42	Incapacidade para a operação de redes de atenção à saúde: sistema fragmentado.
43 a 85	Capacidade básica para a operação de redes de atenção à saúde: rede de atenção à saúde incipiente.
86 a 128	Capacidade razoavelmente boa para a operação de redes de atenção à saúde: rede de atenção à saúde avançada.
129 a 171	Capacidade ótima para a operação de redes de atenção à saúde: rede integrada de atenção à saúde.

1. A rede de atenção à saúde as pessoas com HAS é estruturada com adscrição dos portadores de HAS para atender a suas necessidades?

Em todo caso a rede de atenção às pessoas com HAS tem capacidade para:

1.1. Definir claramente as necessidades de saúde dessa população de portadores de HAS?

1.2. Formatar a estrutura operacional da rede em função das necessidades dos portadores de HAS?

1.3. Estruturar o processo de territorialização da rede?

1.4. Realizar adscrição de toda a população da rede a uma unidade ou a uma equipe de atenção primária à saúde por unidade familiar?

1.4.1. Cadastrar a população na atenção primária por unidade familiar?

1.4.2. Classificar as unidades familiares por riscos sociais?

1.5. Subdividir a população por

1.5.1. Perfil demográfico?

1.5.2. Fatores de risco?

1.5.3. Condições de saúde estabelecida?

2.0. A atenção primária à saúde tem claro o seu papel de responsabilização por sua população portadora de HAS adscrita?

A APS está organizada de modo a:

2.1. Dispor de uma equipe multiprofissional com responsabilidades claras de cada membro na atenção primária a saúde?

2.2. Ser o ponto de referência e requisito para o acesso aos outros níveis de atenção à saúde?

2.2.1 Incentivar as pessoas usuárias com HAS a adotarem a atenção primária à saúde como porta de entrada da rede?

2.2.2. Manter as relações com os demais níveis de atenção da rede ao atendimento das pessoas com HAS e estão claramente definidas?

2.3. Operar com sistemas de informações suficientes para registrar e disponibilizar informações clínicas, epidemiológicas e gerenciais sobre a HAS?

2.4. Ter uma boa interação com a atenção especializada (consultas ou orientações rotineiras por escrito, por correio eletrônico ou sessões clínicas conjuntas)?

2.5. Ter um vínculo estreito e contínuo com as pessoas usuárias portadoras de HAS e suas famílias?

2.6. Prestar os cuidados adequadamente ao portador de HAS nas condições agudas e/ou nos eventos de agudização das condições crônicas de sua responsabilidade, de acordo com um sistema de classificação de riscos das urgências e emergências e de acordo com os protocolos clínicos?

2.7. Ter o prontuário estruturado por família?

2.8. Articular-se rotineiramente com organizações comunitárias, incluindo capacitação de ACS?

2.9. Ter um Conselho Local de Saúde eficaz no controle social?

3.0. A oferta de serviços de atenção secundários e terciários é suficiente e está adequadamente articulada à atenção primária?

Em todo caso, os pontos de atenção à saúde têm capacidade para:

3.1. Integrarem-se horizontalmente (no mesmo nível de atenção) para obter ganhos de escala?

3.2. Realizar processo de substituição dos pontos de atenção à saúde para prestar atenção certa no lugar certo às pessoas com HAS?

3.2.1. Fazer a substituição hospitalar no atendimento à pessoa com HAS?

3.2.2. Ofertar hospital/dia?

3.2.3. Ofertar cirurgia ambulatorial?

3.2.4. Ofertar internações domiciliares?

3.2.5. Ofertar leitos de longa permanência?

3.2.6. Ofertar centros de enfermagem (nursing homes)?

3.2.7. Ofertar cuidados paliativos?

3.2.8. Substituir a atenção ambulatorial especializada através do reforço da atenção primária a saúde ao atendimento às pessoas com HAS?

3.3. Ofertar maternidades de alto risco para os cuidados às gestantes com HAS de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.4. Oferecer serviços hospitalares de nível secundário (maternidade de risco habitual e unidade de internação pediátrica) para os cuidados às mulheres e às crianças com HAS de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.5. Oferecer serviços ambulatoriais especializados, de nível secundário para os cuidados às mulheres e às crianças com HAS de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.6. Oferecer serviços hospitalares para a atenção às urgências e emergências clínica das pessoas com HAS?

3.6.1. De nível terciário de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.6.2. De nível secundário de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.7. Oferecer serviços ambulatoriais especializados para cuidados às urgências e emergências das pessoas com HAS?

3.7.1. De nível secundário de forma integrada com a atenção primária a saúde?

3.8. Estabelecer claramente, através dos protocolos ou manuais, as relações dos serviços ambulatoriais e hospitalares com a atenção primária à saúde no cuidado à pessoa com HAS?

3.8.1. Oferecer instrumentos operacionais eficazes de contra-referência para atenção primária a saúde?

3.8.2. Realizar a modelagem de cada ponto de atenção à saúde ambulatorial ou hospitalar secundário, seguindo os manuais da HAS?

3.9. Dispor de manuais ou protocolos clínicos relativos às intervenções mais relevantes a serem realizadas no manejo da HAS?

3.10. Descrever o elenco de serviços a ser ofertada às pessoas com HAS?

4.0. Os sistemas de assistência farmacêutica, apoio diagnóstico e informação contemplam as necessidades das pessoas com HAS?

Em todo caso, o sistema de apoio está organizado e tem capacidade para:

4.1. Ofertar os medicamentos contemplados pela programação realizada a partir das necessidades da população com HAS adscrita à rede de atenção à saúde?

4.1.1. Adquirir os insumos farmacêuticos contemplados na rede de atenção à saúde permanentemente para as pessoas com HAS?

4.1.2. Armazenar os insumos farmacêuticos contemplados na rede de atenção à saúde para a HAS?

4.1.3. Distribuir racionalmente os insumos farmacêuticos contemplados na rede de atenção à saúde para as pessoas com HAS?

4.1.4. Utilizar os formulários terapêuticos?

4.1.5. Contemplar a conciliação de medicamentos para a HAS?

4.1.6. Contemplar o manejo da adesão aos tratamentos medicamentosos das pessoas com HAS?

4.1.7. Contemplar a farmacovigilância?

4.2. Oferecer um sistema estruturado de exames de imagem para o manejo das pessoas com HAS, construído com base em escala e qualidade?

4.3. Oferecer manuais clínicos que orientam a indicação dos exames de imagem e sua interpretação?

4.4. Oferecer um sistema estruturado de exames de análises clínicas com a concentração do processamento e a descentralização, para as unidades de saúde da rede na coleta das amostras?

4.5. Oferecer protocolos clínicos que orientam a indicação de exames de análises clínicas, sua coleta, seu fluxo, seu processamento e a análise de seus resultados para as pessoas com HAS?

4.6. Dispor de capacidade adequada para trabalhar com informações em saúde?

4.6.1. Oferecer sistemas de informações adequados e com capacidade para produzir boas informações?

4.6.2. Poder ajudar a melhorar a capacidade de interpretação das informações?

4.6.3. Analisar e apresentar as informações?

5.0. O sistema logístico da rede de atenção às pessoas com HAS contempla as necessidades dessas pessoas?

Em todo caso, o sistema logístico está organizado e tem capacidade para:

5.1. Dispor de registro de base populacional único que integra as informações epidemiológicas e gerenciais sobre as pessoas com HAS?

5.1.1. Dispor de uma base de dados única que incorpora toda a população usuário e a classifica em subpopulação de risco para a HAS?

5.1.2. Dispor de um cartão de identificação das pessoas usuárias com um número único para cada pessoa, articulado com a identificação da família e do território sanitário?

5.2. Oferecer um prontuário familiar eletrônico único que pode ser acessado nos diferentes pontos de atenção à saúde e nos sistemas de apoio a rede?

5.2.1. Esse prontuário familiar eletrônico integra as informações da atenção primária à saúde, da atenção ambulatorial especializada, da atenção hospitalar, os exames de análises clínicas, de patologia clínica, de imagens e de assistência farmacêutica?

5.2.2. Esse prontuário familiar eletrônico emite receitas eletrônicas?

5.2.3. Esse prontuário familiar eletrônico está construído para emitir lembretes e alertas e dar feedbacks relativos à situação de saúde definidas?

5.3. Oferecer a equipe de atenção primária à saúde para que esta agende diretamente as intervenções eletivas das pessoas com HAS?

5.3.1 Na atenção ambulatorial especializada?

5.3.2. No atendimento hospitalar eletivo das pessoas com HAS?

5.3.3. Nos exames de análises clínicas ou de imagens das pessoas com HAS?

5.4. Oferecer um sistema de regulação das urgências e emergências para as pessoas com HAS com médico regulador permanente?

5.5. Oferecer um sistema de transporte em saúde integrado na rede, com rotas pré-definidas e comunicação em tempo real para deslocar as pessoas com HAS que necessitem ser deslocadas?

6.0. Existe uma estrutura de governança da rede HAS?

Em todo caso, essa estrutura organizacional de governança tem capacidade para:

6.1. Garantir acesso ao conjunto dos serviços de saúde necessário ao cuidado da pessoa com HAS?

6.2. Formular e implantar um plano estratégico da rede?

6.3. Definir de forma compartilhada com todos os participantes a missão, a visão e os valores da rede?

6.4. Ter um sistema de monitoramento e avaliação da rede de atenção às pessoas com HAS?

6.5. Contemplar a avaliação das pessoas usuárias com HAS?

6.6. Ter um sistema de acreditação da rede de atenção às pessoas com HAS?

6.7. Ter sistema de contratualização dos prestadores de serviços próprios (contratos internos) ou terceirizados (contratos externos)?

6.7.1. Contratualizar alinhando os objetivos da rede de atenção às pessoas com HAS e ao mesmo tempo conter incentivos para o alcance desses objetivos?

6.8. Gerir os pontos de atenção à saúde e o sistema de apoio de modo a conhecer e aderir aos objetivos da rede?

6.9. Contar com mecanismos eficazes de gestão financeira?

7.0. O modelo de atenção à saúde para as pessoas com HAS está claramente definido e é de conhecimento geral na atenção primária à saúde e dos pontos de atenção secundários e terciários?

Em todo caso, o modelo de atenção à saúde para as pessoas com HAS tem capacidade para:

- 7.1. Articular subpopulações de risco com as intervenções de saúde? (Considerar a pirâmide do MACC)
- 7.2. Adequar o sistema de informações clínicas às necessidades das pessoas com HAS?
- 7.2.1.. Prover alertas e lembretes para os profissionais e usuários?
 - 7.2.2.. Identificar subpopulações relevantes em funções de risco?
 - 7.2.3.. Elaborar plano de cuidado individual para cada pessoa com HAS?
 - 7.2.4.. Compartilhar as informações clínicas entre os profissionais de saúde e as pessoas usuárias para possibilitar a coordenação da atenção à rede?
 - 7.2.5. Monitorar o desempenho da equipe de saúde e do sistema de atenção?
- 7.3. Adequar o sistema de suporte as decisões às necessidades das pessoas com HAS?
- 7.3.1. Introduzir diretrizes clínicas baseada em evidências na prática cotidiana dos serviços?
 - 7.3.2. Compartilhar as diretrizes clínicas com os usuários para fortalecer sua participação?
 - 7.3.3 Desenvolver ações de educação permanente?
- 7.4. Adequar as estratégias do autocuidado às necessidades das pessoas com HAS?
- 7.4.1. Apoiar através da educação em saúde ações de autocuidado para as pessoas com HAS?
 - 7.4.2. Empoderar as pessoas com HAS usuárias da rede?
 - 7.4.3. Utilizar planos de autocuidado feitos em conjunto pela equipe de saúde e pessoas usuárias com HAS?
- 7.5. Propor ações relativas aos recursos da comunidade?
- 7.6. Dispor de manuais ou protocolos para a HAS?
- 7.6.1. Esse manual é construído com base em evidências e validade interna e externamente?
 - 7.6.2. Esse manual é submetido a uma avaliação antes de ser implantada?
 - 7.6.3. Esse manual é comunicado adequadamente aos gestores e aos profissionais de saúde?
 - 7.6.4. Esse manual organiza os fluxos e contrafluxos das pessoas com HAS na atenção primária a saúde, nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
 - 7.6.5. Esse manual estratifica por risco as subpopulações de pessoas com HAS com uma condição de saúde estabelecida?
 - 7.6.6. Esse manual contém uma planilha de programação baseada em parâmetros epidemiológicos?
 - 7.6.7. Esse manual é revisado periodicamente?
 - 7.6.8. Esse manual é contemplado por protocolos clínicos para utilização nos pontos de atenção secundários e terciários e nos sistemas de apoio?
- 7.7. Incluir ações de promoção da saúde para população adscrita à rede?

7.7.1. Oferecer ações de promoção da saúde voltadas para os determinantes distais e intermediários da saúde das pessoas com HAS?

7.7.2. Incluir ações de prevenção das condições de saúde para diferentes subpopulações com fatores de risco?

7.8. Utilizar a tecnologia de gestão da condição de saúde, ou seja, gestão de condição de saúde crônica simples, gestão de condição de saúde crônica complexa e gestão de caso estratificada para subpopulações de diferentes riscos em relação às pessoas com HAS?

7.9. Utilizar as tecnologias de gestão da clínica?

7.9.1. Elaborar um plano de cuidado para cada pessoa com HAS?

7.9.2. Desenvolver a educação permanente dos profissionais na gestão da condição de saúde com base no manual para o HAS?

7.10. Desenvolver a educação em saúde das pessoas com HAS?

7.11. Utilizar rotineiramente as tecnologias de listas de espera?

7.11.1. As listas de espera são construídas com base em riscos e em evidências de forma transparente?

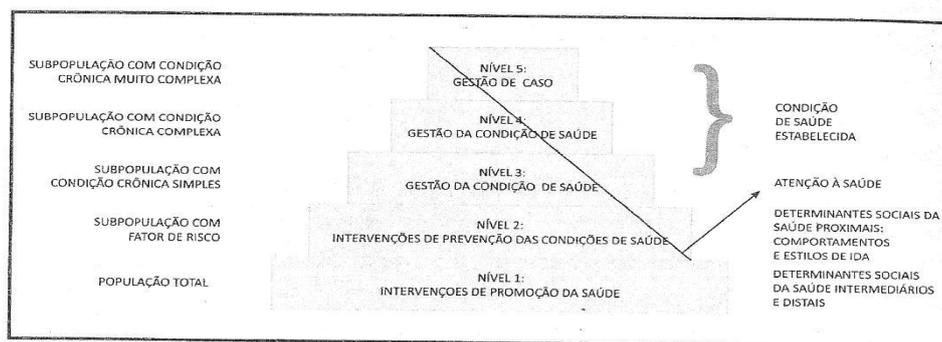
7.12. Utilizar a tecnologia de gestão de caso para subpopulação com condições de saúde muito complexas?

7.12.1. O manual define as situações de saúde das pessoas com HAS que deve ser manejadas pela gestão de casos?

7.12.2. Esse plano de cuidado é realizado pela equipe multiprofissional, em conjunto com a pessoa com HAS e sua família?

7.12.3. . Esse plano de cuidado envolve metas a serem alcançadas no trabalho colaborativo da equipe de saúde e do sujeito da gestão de casos com HAS e sua família?

Modelo de atenção às condições crônicas (MACC)



Fonte: Mendes 2009

ANEXO 2



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela.
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
TELEFAX (71) 3336-0173 3283-7397 / 7398

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título do projeto: Avaliação do grau de integração da rede de atenção à saúde ao portador de Hipertensão Arterial Sistêmica em Aracaju.

O presente projeto de mestrado em Saúde Coletiva, com autoria de Silvana Machado Neto, sob a orientação do professor Dr. Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza, tem por objetivo avaliar o grau de integração da rede de atenção às pessoas com hipertensão arterial sistêmica no município de Aracaju. A produção de dados desta pesquisa exige a aplicação de um questionário aos gestores, prestadores de serviços e equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde. Este questionário tem perguntas relacionadas ao funcionamento da rede de atenção à saúde.

Ressalta-se que as informações prestadas serão utilizadas exclusivamente para a finalidade da pesquisa, estando submetidas às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde (CNS) do Ministério da Saúde (MS) do Brasil.

Neste sentido, essas informações serão analisadas e apresentadas à instituição investigada sob a forma de um relatório de pesquisa. Como fins acadêmicos, os resultados elaborados serão apresentados também sob a forma de artigos a fim de serem submetidos a periódicos científicos.

Destaca-se que a participação é voluntária, podendo ser interrompida pelo entrevistado a qualquer momento do estudo. Vale ressaltar que a participação nesta pesquisa não envolve benefício direto ao entrevistado, também não há despesas nem compensações financeiras.

Em qualquer momento, o (a) Sr. ou Sra. terá a garantia de receber a resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento a dúvidas sobre os procedimentos da pesquisa, podendo contactar com a pesquisadora responsável pelo estudo no Instituto de Saúde Coletiva/UFBA pelos telefones: (79) 9123-5306 da pesquisadora principal Silvana Machado Neto ou pelo coordenador Luís Eugênio Portela Fernandes de Souza - (71) 3283-7397. Além disso, terá garantida a segurança de que não será identificado e que será mantido o caráter confidencial.

Tendo recebido todas as informações e esclarecido dos meus direitos apontados anteriormente, declaro estar ciente do exposto e concordo em participar do estudo, sabendo que poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízos.

Aracaju, _____, _____, 2011.

Assinatura do informante

Silvana Machado Neto
Pesquisadora responsável

Anexo 3



Universidade Federal da Bahia
Instituto de Saúde Coletiva
Rua Basílio da Gama, s/nº 1º andar – Canela
Salvador – Bahia - Brasil CEP 40110-040
Telefax (71) 3336-0173 3283-7397 / 7398

Convite

Em Aracaju, as doenças cardiovasculares são a primeira causa de óbito, representando 24,1% do total, (Aracaju, 2008-2009). Além disso, são a sexta causa de internamentos. A hipertensão arterial é um desafio para os sistemas de saúde, pois causam sofrimento às famílias e, se não forem prevenidas e gerenciadas adequadamente, demandam assistência médica permanente de custos crescentes e de alta tecnologia.

A pesquisa “Avaliação do grau de integração da rede de atenção à saúde da pessoa com Hipertensão Arterial Sistêmica em Aracaju”, conduzida no âmbito do Mestrado Profissional do Instituto de Saúde Coletiva (UFBA), tem como objetivo avaliar o grau de integração da rede, a partir da percepção dos seus gestores.

Esta pesquisa pode ajudar a compreender a potencialidade e os limites da organização de redes integradas de serviços de saúde para a melhoria dos cuidados à saúde da população, em particular, aos portadores de hipertensão arterial e pode fornecer subsídios para os gestores da SMS-Aracaju no sentido de avaliarem seus serviços e, eventualmente, adotarem medidas para melhoria da atenção aos hipertensos.

Por tudo isso, gostaria de convidar Vossa Senhoria para uma oficina de trabalho de coleta de dados desta pesquisa a ser realizada no dia 13 de janeiro de 2012 às 14h no Centro de Educação Permanente (CEPS).

Atenciosamente,

Silvana Machado Neto
Mestranda