

Da Alta Complexidade à rede intersetorial: caminhos dos usuários acompanhados ambulatorialmente em um Hospital Escola

From High Complexity to the intersectoral network: paths of users followed up on an outpatient basis in a Teaching Hospital.

Ana Paula dos Santos*
Michelly Laurita Wiese**

Resumo: O presente artigo tem como objetivo, evidenciar a caracterização dos usuários acompanhados no serviço ambulatorial de curativos da Cirurgia Vasculária do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e analisar como os mesmos acessam à rede intersetorial de serviços sociais da região Metropolitana de Florianópolis/SC. A pesquisa é qualitativa, exploratória e descritiva, com aplicação de entrevista. Os resultados demonstram as limitações no acesso aos serviços da rede intersetorial em decorrência da pandemia de Covid-19, bem como pelo não conhecimento, por parte dos usuários, das legislações e atividades fins dos serviços da rede. Conclui-se, a partir do estudo, que a maioria dos usuários acessa a rede de atenção em saúde, mas não acessa a rede intersetorial da região metropolitana de Florianópolis.

Palavras-chave: Saúde. Alta Complexidade em Saúde. Política Pública. Redes de Atenção.

Abstract: The purpose of this article is to highlight the characterization of users monitored in the outpatient service of Vascular Surgery dressings at the University Hospital Professor Polydoro Ernani de São Thiago and to analyze how users access the intersectoral network of social services in the metropolitan region of Florianópolis/SC. The research is qualitative, exploratory and descriptive, with application of interviews. The results showed that access to the services of the intersectoral network was restricted

* Assistente Social e Especialista em Residência Multiprofissional, com ênfase em Alta Complexidade, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). E-mail: anapaulas0905@hotmail.com

** Doutora em Serviço Social (PUC/SP). Docente da Graduação e do Programa de Pós-graduação em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Integrante do Núcleo de Pesquisa Interdisciplinar Sociedade, Família e Políticas Sociais (NISFAPS). E-mail: michelly.wiese@ufsc.br.



This content is licensed under a Creative Commons attribution-type BY

due to the Covid-19 pandemic, as well as the lack of knowledge, on the part of users, of the legislation and core activities of the network services. It is concluded from the study that most users access the health care network, but do not access the intersectoral network of the metropolitan region of Florianópolis

Keywords: Health. High Complexity in Health. Public Policy. Care Networks.

Recebido em 15/03/2021. Aceito em 06/03/2023

Introdução

Este artigo é resultado do processo de pesquisa que objetiva, a partir da experiência em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIMS), de caracterizar os usuários acompanhados no serviço ambulatorial de curativos da Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago e analisar como os usuários acessam à rede intersectorial de serviços sociais da região Metropolitana de Florianópolis/SC.

O ambulatório de curativos da Cirurgia Vascular do Hospital Universitário Professor Polydoro Ernani de São Thiago da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC) é multiprofissional com atendimento coletivo, composto pelas profissões de serviço social, medicina e enfermagem. São atendidos, usuários que recentemente passaram por um processo de internação e/ou cirurgia vascular (em sua maioria cirurgias de amputação), para que seja realizado o acompanhamento por esta equipe.

A temática da pesquisa faz parte de uma corrente consolidada no campo do Serviço Social, que é do estudo sobre acesso às políticas públicas. Nesse sentido, busca-se analisar o processo de acompanhamento ambulatorial e acesso à rede intersectorial (RI) a partir da ótica do acesso a direitos e do conceito de integralidade em saúde, pois como previsto no art. 2º e § 1º da Lei n. 8.080 de 1990,

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício [...] O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (BRASIL, 1990, s/p).

Para iniciar as discussões sobre saúde e RI é importante ressaltar que a partir da Lei n. 8.080/90, o Sistema Único de Saúde (SUS) passa a atender em níveis de atenção que são: atenção básica, média e de alta complexidade. Estes níveis de atenção atuam de forma articulada conforme o segundo princípio do SUS: “II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990, s/p).

O princípio de integralidade em saúde impacta diretamente na discussão sobre as redes de atenção à saúde (RAS). Segundo a Portaria n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010, o estabelecimento das RAS ocorre pela interação de três elementos prioritários, os quais são: “população/região de saúde definidas, estrutura operacional e por um sistema lógico de funcionamento determinado pelo modelo de atenção à saúde” (BRASIL, 2010, s/n). Entretanto, para discutir sobre a atuação em redes na saúde, partindo dos conceitos de atuação integral e de saúde ampliada, se define RAS 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 o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade – e com responsabilidades sanitária e econômica e gerando valor para a população. (MENDES, 2011, p.82).

Conceito este que norteará a discussão das RAS ao longo do artigo, compreendendo também que a atuação em redes exige um processo não hierarquizado e que reconhece todos os níveis de atenção à saúde com complexidades diferentes, mas igualmente importantes para construção do SUS.

O lócus em que a pesquisa é realizada se configura como Hospital Geral de Alta Complexidade. Isto significa que é uma instituição que realiza “intervenções que aliam procedimentos de alta tecnologia e custo elevado, objetivando propiciar à população acesso a serviços qualificados, através da integração aos demais níveis de atenção à saúde” (SILVA, 2017, p.2).

Neste sentido, compreende-se que para além da RAS, a RI é um elemento prioritário para a atuação do Serviço Social na política de saúde. Ao compreender a integralidade do ser, a RI busca incluir no leque da RAS, outras políticas que são intimamente ligadas ao SUS e constituem o tripé da seguridade social, como a política de assistência e previdência social. A RI é “a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública.” (MONNERAT; SOUZA, 2011, p.42).

A importância das RI na política de saúde, se apresenta na medida em que as RAS não atendem de forma universal as necessidades de saúde dos usuários atendidos pelo Serviço Social, pois estes profissionais atendem demandas sociais que extrapolam o conceito restrito e biológico de saúde, conforme exposto por Nogueira e Mito (2006).

Durante o período de vivência na residência, foi perceptível a falta de articulação com a RI em diversas unidades e ambulatorios. Assim como, a reinternação de usuários motivada por esta falta de articulação e que ocorre prioritariamente pela precarização dos serviços públicos que vêm crescendo atualmente. Assim como pela diminuição de recursos públicos destinados às políticas sociais, pela transferência da gestão pública para a iniciativa privada, através das organizações sociais, pelo incentivo ao capital privado em detrimento ao público, como explícito por Travagin (2017), Bravo e Andreazzi (2019).

No que se refere à organização do texto, além da presente introdução, o artigo apresenta mais três seções. Na seção sobre a metodologia são apresentadas as etapas da pesquisa e as informações sobre a ética em pesquisa. Na seção sobre os resultados são destacadas as informações sobre o perfil sociodemográfico dos usuários da pesquisa, sobre a rede intersetorial e sobre a

avaliação da rede de serviços. Para finalizar, são apresentadas as considerações finais sobre os achados da pesquisa.

Metodologia

Compreendendo a especificidade do tema e a importância da discussão sobre o acesso do usuário à RI da região Metropolitana de Florianópolis, no âmbito do Serviço Social, esta pesquisa tem caráter qualitativo e exploratório, o qual:

tem como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas a torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. A grande maioria dessas pesquisas envolve: (a) levantamento bibliográfico; (b) entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado; e (c) análise de exemplos que estimulem a compreensão. (GIL, 2002, p.41).

A partir dos objetivos da pesquisa, foi realizada uma revisão de literatura em portais como Scientific Electronic Library Online (SciELO), no repositório da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e no portal de periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), compreendendo que estas bases reúnem um material diverso, variando entre Trabalhos de Conclusão de Curso, dissertações, teses, livros, artigos e periódicos.

A revisão de literatura é um “processo necessário para que se possa avaliar o que já se produziu sobre o assunto em pauta, situando-se, a partir daí a contribuição que a pesquisa projetada pode dar ao conhecimento do objeto a ser pesquisado” (SEVERINO, 2014, p. 80).

O levantamento de dados se deu através de pesquisa de campo, a qual foi realizada no HU/UFSC, utilizando-se como instrumento de coleta um roteiro de entrevista com perguntas fechadas e semiestruturadas. A escolha por este instrumento ocorre a partir da potencialidade da análise qualitativa e quantitativa, sendo uma entrevista estruturada uma técnica de coleta de dados eficiente para a análise estatística dos dados, uma vez que as respostas obtidas são padronizadas (GIL, 2008).

O ambulatório de curativos da cirurgia vascular atende pessoas de várias regiões de Santa Catarina. Entretanto, a escolha por limitar os usuários a região Metropolitana de Florianópolis, ocorre devido à pandemia de Covid-19, pois em função desta, o número de atendimentos do ambulatório diminuiu, visando garantir a segurança dos usuários atendidos.

Sendo assim, a região metropolitana de Florianópolis compreende, segundo a classificação do Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas (FNEM), um total de nove municípios, são eles: de: Águas Mornas, Antônio Carlos, Biguaçu, Florianópolis, Governador Celso Ramos, Palhoça, Santo Amaro da Imperatriz, São José, São Pedro de Alcântara.

O roteiro de entrevista foi aplicado enquanto os usuários acompanhados pelo ambulatório aguardavam a consulta com equipe multiprofissional. Este fato foi determinante para escolha da natureza do roteiro (perguntas fechadas e semiabertas), pois facilitou o preenchimento, na medida que os participantes encontravam-se no hospital por motivações além da pesquisa, entretanto, impossibilitava entrevistas longas, compreendendo que objetivo fim da vinda deste usuário a instituição é a consulta multiprofissional.

A escolha pelos participantes foi aleatória no quesito gênero. Foi critério de inclusão o acompanhamento no Ambulatório de Curativos da Cirurgia Vascular. Como critério de exclusão, foram considerados os usuários que não desejarem responder a entrevista, menores de 18 anos e

usuários que não residem na região Metropolitana de Florianópolis. Nesse sentido, a compreensão das RI que será utilizada no trabalho engloba tanto as RAS quanto a rede de atenção de outras políticas públicas, como explicitado anteriormente.

Ao longo da entrevista as perguntas foram direcionadas para os serviços da Política de Assistência Social, como CRAS e CREAS; da política de previdência social, nos serviços das Agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS); da política de saúde para áreas voltadas para Secretarias de Saúde Municipais; Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Centro Catarinense de Reabilitação (CCR). Vale ressaltar que, os serviços do CCR são aqueles que englobam adultos que necessitam de reabilitação motora, compreendo que este é público do ambulatório.

O roteiro de entrevista foi dividido em três eixos. O primeiro é focado no perfil sociodemográfico do participante; o segundo é voltado para rede intersetorial e o terceiro é voltado para a avaliação deste acesso à rede. Ao todo o instrumental continha 20 questões. Neste sentido, a análise dos dados foi realizada a partir destes mesmos eixos.

A coleta dos dados foi realizada todas às terças feiras do mês de julho de 2020. Durante este período compareceram ao ambulatório 20 usuários. Deste total, três não tinham critério para pesquisa; três não desejaram participar da pesquisa; um respondeu a pesquisa e veio a mais de uma consulta ambulatorial no mês, totalizando 13 usuários que participaram de pesquisa. A cada entrevista realizada foi entregue ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), conforme as diretrizes para a pesquisa com seres humanos¹.

O número de entrevistas aplicadas foi menor do que o previsto. A redução ocorreu devido à limitação da circulação de pessoas no Hospital, em função da pandemia de Covid-19, bem como em função das reorganizações necessárias na instituição, as quais fizeram com que a sala de consulta ambulatorial diminuísse consideravelmente, não sendo possível receber o número de usuários que anteriormente perpassavam o ambulatório, cerca de 20 usuários dia. Durante o mês, a média diária de atendimentos no ambulatório foi de três a sete usuários.

A aplicação do instrumento de pesquisa foi uma experiência diferente a cada dia de ambulatório e a cada participante de pesquisa. Em alguns dias foi possível abordar o participante antes da consulta multiprofissional, outras vezes isso não foi possível, pois enquanto se realizava a entrevista, o próximo possível participante estava em consulta multiprofissional.

Também é importante salientar que o local para a realização da entrevista variou conforme momento, dia ou necessidade do participante. O HU/UFSC solicitou readequações na aplicação de pesquisa devido à pandemia de Covid-19. Tornou-se necessário esclarecer aos usuários sobre a higienização das canetas utilizadas, procurar um espaço que garantisse o distanciamento seguro e sigilo ético.

A partir disso, destaca-se que nem um usuário optou por preencher as perguntas fechadas do roteiro de entrevista sozinho, sendo todos preenchidos pela pesquisadora. A maioria das entrevistas foi realizada no corredor dos ambulatórios antes ou pós consulta multiprofissional. Este corredor por conta da pandemia não tem passagem de demais usuários, possibilitando que apenas pesquisadora e participante de pesquisa permanecessem no local. Além disso, o corredor tem inúmeras cadeiras, possibilitando estabelecer uma distância segura.

As entrevistas que não foram aplicadas da forma anteriormente relatada, em corredor ambulatorial, foram realizadas durante consulta multiprofissional. Alguns participantes solicitaram

¹ A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos da UFSC, sendo aprovada pelo parecer de número 4.050.311 em 26/05/2020.

que entrevista fosse realizada enquanto aguardavam reação de medicação para curativos, para tal, outros profissionais se ausentaram da sala.

Algo inesperado no processo de pesquisa foi o estranhamento dos usuários ao responder à questão sobre “qual a sua identidade de gênero?”. Com isto, após a segunda entrevista foi adotada uma abordagem diferente. Antes de iniciar a entrevista foi esclarecida que algumas perguntas poderiam parecer óbvias, mas faziam parte de protocolos de pesquisa. Após início de nova abordagem, foi possível observar a diminuição do estranhamento com relação à questão.

A análise dos dados, é construída a partir da discussão de determinantes sociais em saúde. Compreende-se que a pesquisa foi aplicada com usuários que possuem doenças vasculares, as quais são classificadas, conforme o Ministério da Saúde (MS), como Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT). Com isso, o Plano de ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT (BRASIL, 2011) destaca que são determinantes sociais em saúde: “as diferenças no acesso aos bens e aos serviços, a baixa escolaridade, as desigualdades no acesso à informação, além dos fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada, tornando possível sua prevenção” (BRASIL, 2012, p.8).

Sendo assim, primeiramente foi realizada a decomposição do material a ser analisado, a distribuição das partes em categorias, as quais já estão previstas no roteiro de entrevista que são: Perfil sociodemográfico, Rede intersetorial e Avaliação do acesso à rede. A partir do exposto, os tópicos a seguir, apresentam os resultados da categorização e a análise dos mesmos, com auxílio da fundamentação teórica adotada.

Resultados

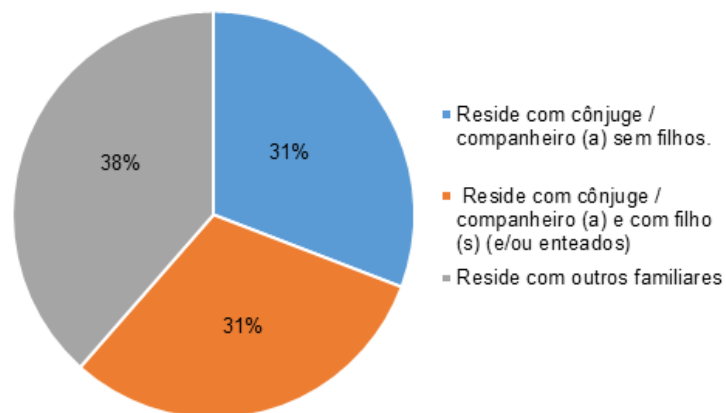
Nesta seção, serão apresentados os resultados da pesquisa, a partir de três eixos de análise a saber: a) Caracterização Sociodemográfica; b) Rede Intersetorial e; c) Avaliação da Rede.

Caracterização Sociodemográfica

Este tópico se inicia, destacando que dos participantes nove são homens e quatro são mulheres. Destes, nove se identificam como brancos e quatro como pardos. Quanto à idade, cinco são maiores de 61 anos, cinco têm entre 51 e 60 anos e três estão na faixa etária de 41 a 50 anos. Com relação ao estado civil oito são casados, quatro solteiros e um divorciado.

Em relação à moradia, onze participantes residem em casa própria e dois em residências alugadas. As cidades de moradia variam entre Florianópolis, São José e Palhoça, sendo 10 residentes do primeiro município, dois do segundo e um do terceiro. Abaixo, o gráfico ilustra a pluralidade de núcleos familiares dos participantes de pesquisa.

Gráfico 1 - Núcleos Familiares

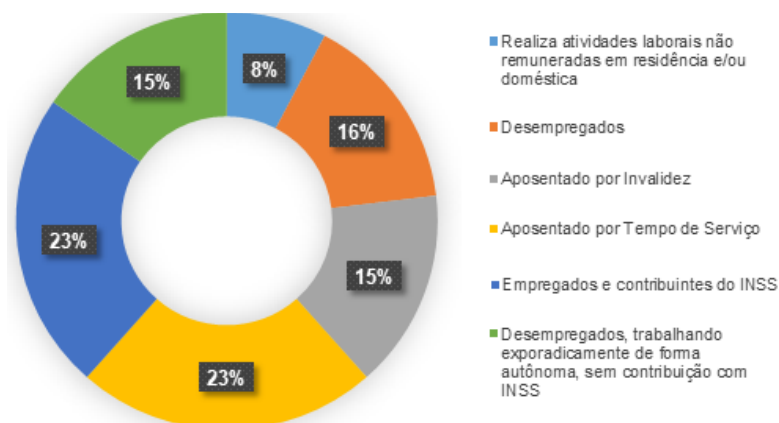


Fonte: As Autoras, 2020.

Neste contexto, destaca-se que as perguntas do roteiro de entrevista não conseguiram abranger toda pluralidade de famílias existentes, sendo que os participantes que responderam residir com outros familiares relataram conjuntos familiares que englobam filhos, netos, pais, sogras e noras, sendo considerado um ou mais de um desses familiares em residência. Neste sentido, é importante ressaltar que o conceito de “família se constrói e reconstrói ao longo da história, assim como cotidianamente vem se construindo e reconstruindo através das relações que estabelece entre seus membros e entre seus entes e outras esferas da sociedade, como o Estado e o mercado” (CUNHA, 2017, p.5).

Sobre a renda familiar, três participantes informaram possuir até um salário-mínimo, quatro referiram possuir renda até dois salários mínimos, quatro destacaram que renda familiar é até três salários mínimos e dois entrevistados responderam ter renda de até quatro salários mínimos. Quando questionados sobre a situação trabalhista, os dados demonstrados no gráfico a seguir confirmam que a maioria dos entrevistados realizam atividades laborais remuneradas ou são aposentados.

Gráfico 2 - Situação Trabalhista

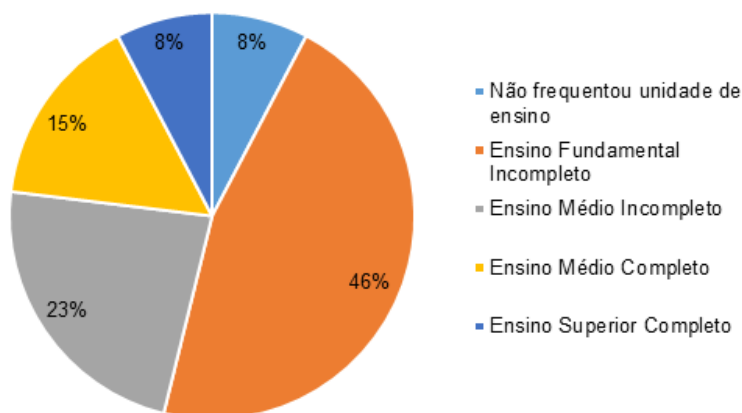


Fonte: As Autoras, 2020.

Outras duas questões que chamaram a atenção foram as relacionadas com os temas: pessoa com deficiência e nível de escolaridade. Isto porque, como exposto no Plano de ações

Estratégias para o enfrentamento das DCNT, o não acesso à educação é um dos determinantes para o agravamento destas doenças. Apresentam-se abaixo as respostas dos participantes com relação ao acesso à educação.

Gráfico 3 - Escolaridade



Fonte: As Autoras, 2020.

Ao analisar o gráfico é possível perceber que a maioria dos participantes não possui ensino fundamental ou médio completo, comprovando a proposição do MS que afirma a escolaridade como um dos determinantes para o agravamento de DCNT. Confirmando também que o não acesso à educação está intimamente ligado ao não acesso à prevenção em saúde e o agravo de doenças, como analisado Buss e Pellegrini Filho (2007).

Este agravamento pode levar a amputações. Com isso, a pessoa amputada passa a ser considerado uma pessoa com deficiência, conforme a Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015, pois a amputação causa impedimento de longo prazo de natureza física. Entretanto, dez entrevistados destacaram não se considerar pessoa com deficiência e três afirmaram ser pessoas com deficiência. Destes três, um não especificou qual a sua deficiência, um referiu ter deficiência física em membro inferior direito e um informou ser deficiente auditivo e visual. Fato que apresenta-se relevante para discussão de acesso a RI, pois, compreendendo que a prioridade de atendimento no ambulatório de Curativos da Cirurgia Vascular do HU/UFSC é pós-cirúrgicos de amputação, assim o não reconhecimento enquanto pessoa com deficiência, pode ser fator impeditivo do acesso, na medida que o desconhecimento das legislações, é obstáculo para o exercício da cidadania (JURACZKYSCZIMINSKI; BAZZANELLA, 2015)

Rede Intersetorial

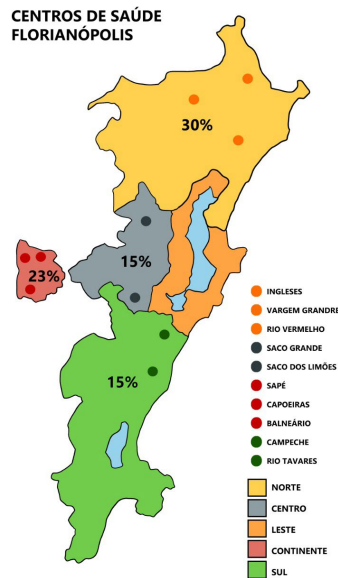
Neste tópico serão apresentadas as respostas dos participantes de pesquisa quanto ao acesso à rede intersetorial. Neste sentido, quando perguntados sobre o acompanhamento de saúde 38% dos entrevistados referiram realizar acompanhamento de saúde em Centros de Saúde (CS), sendo este acompanhamento diário ou mensal. 15% respondeu que realiza acompanhamento mensal ou semanal no ambulatório de curativos da cirurgia vascular do HU/UFSC.

Houve também participantes de pesquisa que não esclareceram o local de acompanhamento, porém 15% dos entrevistados informaram que realizam algum acompanhamento de saúde de duas a três vezes por ano, 23% dos participantes responderam que realizam algum tipo de acompanhamento de saúde de forma mensal ou a cada dois meses. 7% dos entrevistados respondeu que

algum tipo de acompanhamento de saúde de forma semanal, 7% também informou que realiza acompanhamento de saúde apenas quando necessário. 15% dos participantes responderam que não realizam acompanhamento de saúde.

É importante destacar que a questão sobre o acompanhamento de saúde foi uma questão aberta, objetivando que cada participante pudesse colocar a sua realidade e informar mais de uma forma de acompanhamento de saúde. Quanto aos CS que realizam acompanhamento, as respostas foram distintas. No município de São José foi citado o CS Araucária e no município de Palhoça o CS Madri. Quanto ao município de Florianópolis, dada à diversidade de participantes moradores da cidade, regiões e bairros, os dados são representados no mapa da cidade.

Gráfico 4 - Centros de Saúde de Florianópolis

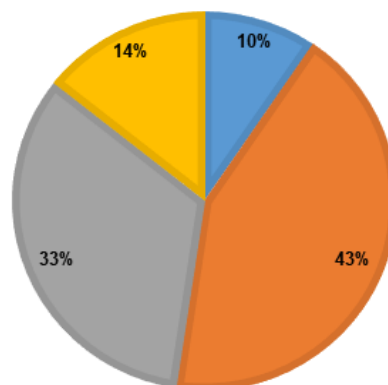


Fonte: As Autoras, 2020.

Com relação aos acompanhamentos realizados nesses espaços, os participantes de pesquisa referiram realizar acompanhamento de diabetes, hipertensão, tabagismo e vascular. Como aponta o gráfico a seguir:

Gráfico 5 - Diagnósticos acompanhados em Centros de Saúde

■ Tabagismo ■ Diabetes ■ Hipertensão ■ Vascular ■ Depressão

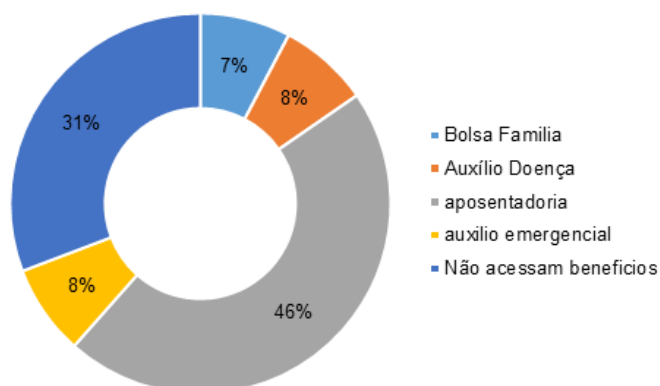


Fonte: As Autoras, 2020.

Segundo Brasil (2011) são fatores de risco para DCNT o uso contínuo de tabaco e álcool, a alimentação não saudável e inatividade física. Destas DCNT, segundo o mesmo documento, doenças do aparelho circulatório são as principais causadoras de internação no Brasil. Como observado na pesquisa, a maioria dos participantes não faz tratamento para tabagismo e/ou uso abusivo de álcool, entretanto realizam tratamentos para diabetes e hipertensão, doenças as quais quando não acompanhadas podem gerar o agravo de doenças vasculares, como explicita Toscano (2004).

Sobre benefícios recebidos da assistência social e/ou do INSS, o gráfico abaixo apresenta que: 46% dos participantes da pesquisa responderam ser aposentados pelo INSS; 7% recebem auxílio doença; 7% informaram estar recebendo auxílio emergencial; 7% informam que recebem bolsa família e 30% informaram não receber nem um tipo de benefício.

Gráfico 6 - Acesso a benefícios



Fonte: As Autoras, 2020.

Em relação ao acompanhamento nos serviços da assistência social, quando questionados sobre o acompanhamento no CRAS, 15% informaram que realizaram acompanhamento pontual e que são inscritos no Cadastro Único, 84% participantes referiram não realizar acompanhamento em CRAS.

Quanto ao CREAS os 13 participantes informaram que não realizam acompanhamento no serviço. O número de não acesso ao CRAS e ao CREAS é grande e se justifica pelo contexto atual, o qual segundo Schmidt e Silva (2015, p. 87) “aponta para a preponderância de um projeto conservador que tem conferido à Assistência Social um nítido corte seletivo, focalizado, assistencial e filantrópico”. Além disso, considerando que, a maioria dos entrevistados, são residentes Florianópolis, é importante ressaltar o fechamento destes serviços devido a pandemia de Covid-19.

Neste tópico é importante ressaltar considerando o público do ambulatório sendo que um dos objetivos da Política de Assistência Social é “a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária” (Brasil, s/p, 1993). Outro aspecto que reforça a ideia anteriormente apresentada de que o desconhecimento é aspecto que influencia no exercício da cidadania e no acesso a esta política por parte dos usuários.

Sobre o CCR 100% dos participantes de pesquisa informaram que não realizam acompanhamento no serviço. Quanto a outras instituições, 92% dos participantes informaram não realizar acompanhamento em serviços não citados diretamente no roteiro de entrevista, 7% deles, responderam serem acompanhados em outras instituições não citadas. Um fato que pode

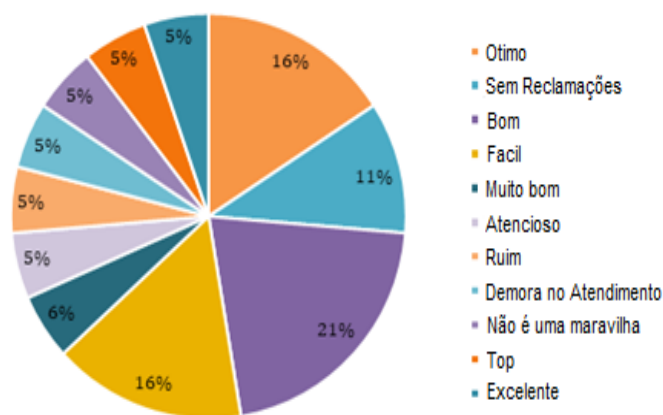
ter contribuído para o não encaminhamento para o CCR é o fechamento de consultas e cirurgias eletivas no Estado de Santa Catarina², o que também ocorreu por conta da pandemia de Covid-19.

Avaliação da Rede

Este tópico foi construído apenas por uma pergunta aberta, a qual objetivava compreender qual é a avaliação dos participantes da pesquisa sobre a RI que acessam. Sendo assim, 30% dos participantes avaliaram positivamente o atendimento do HU/UFSC. 15% dos entrevistados avaliaram positivamente seu acompanhamento no CS; 7% das avaliações foram positivas com relação ao atendimento no CRAS. 61% dos participantes avaliaram de forma positiva toda a RI acessada, não especificando serviços e/ou instituições da rede.

Com relação às avaliações negativas, 7% dos entrevistados avaliaram de forma negativa o seu acesso e acompanhamento no CS; 7% também avaliaram negativamente o acesso e acompanhamento de saúde no Hospital Regional de São José (HRSJ). Mesmo com uma pergunta aberta, os participantes de pesquisa foram sucintos em suas respostas. As palavras mais utilizadas como descritores para avaliar o acesso a rede estão apresentadas em gráfico.

Gráfico 7 - Avaliação do Acesso à Rede Intersetorial



Fonte: As Autoras, 2020.

Como apresentado, 69% dos participantes da pesquisa, identificam o acesso à rede como positivo e 23% como negativo. Entretanto, da RI de Florianópolis 100% dos entrevistados não realizam atendimento no CCR e CREAS, assim como 84% dos participantes referiram não realizar acompanhamento em CRAS. Números que evidenciam o não acesso a rede e o não conhecimento desta, fator que pode ter influenciado na avaliação da mesma.

Considerações Finais

Conforme apresentado, esta pesquisa teve como objetivo evidenciar a caracterização dos usuários acompanhado no serviço ambulatorial de curativos da Cirurgia Vasculosa do HU/UFSC e analisar como os mesmos acessam à rede intersetorial da região Metropolitana de Florianópolis/SC

² Conforme informação retirada do Site do Estado de Santa Catarina. Disponível em: <<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/noticias-geral/11140-coronavirus-em-sc-governo-suspende-cirurgias-e-exames-eletivos-e-consultas-ambulatoriais>> Acesso em: 09 nov. 2020.

Nesta direção, ao longo do artigo foi discutido sobre o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das DCNT no Brasil, bem como sobre os determinantes sociais em saúde. A vigência deste plano se dá entre os anos de 2011 a 2022, ou seja, em dois anos a execução do Plano deve ser analisada e avaliada. Se tomarmos os resultados da pesquisa é possível apontar alguns resultados da avaliação que não dão conta de responder ao proposto.

Segundo Brasil (2011) são metas nacionais propostas no Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das DCNT: reduzir o tabagismo e reduzir o consumo nocivo de álcool. Como resultado, está pesquisa apontou que 9% dos entrevistados fazem acompanhamento para diminuir e/ou cessar o tabagismo, entretanto, nem um dos participantes apontou que realiza acompanhamento de saúde visando reduzir o consumo de álcool.

A pesquisa também evidenciou o não acesso aos serviços da RI, quando 84% participantes afirmam não realizar acompanhamento em CRAS e 100% dos participantes referem não realizar acompanhamento no CREAS ou CCR. Importante destacar que este não acesso aos serviços, não tem relação com os critérios e condicionalidades solicitados. Afinal, 15% dos participantes referiram estar desempregados e 30% informaram não receber nem um tipo de benefício, 23% se declararam como pessoas com deficiência. Isto aponta que este público se enquadra nos critérios de acesso a rede de serviços da Política de Assistência Social, mas não o utilizam ou não conhecem os serviços, assim como devido a impedimento de longo prazo de natureza física se caracterizam como público de acesso ao CCR.

Torna-se evidente os impactos da pandemia de Covid-19 no acesso aos seus serviços, haja vista a implementação do atendimento remoto e o fechamento de atividades presenciais. Entretanto, destaca-se que o acompanhamento dos usuários no ambulatório teve início, em sua maioria, antes da pandemia. Portanto, é importante refletir que o não acesso aos serviços da RI também é anterior a ela.

Este não acesso ocorre devido à ineficiência de políticas públicas que é atual e histórica. Na saúde, o sucateamento do SUS é uma realidade. É necessário compreender a dicotomia das políticas públicas, uma vez que por um lado são mecanismos de manutenção da força de trabalho, por outro, são conquistas da classe trabalhadora. Como exposto por Faleiros (2000) as políticas públicas são também formas de reprodução exigidas pelo capital para manter a ordem social. Sendo assim, torna-se evidente que o não acesso a políticas públicas, ocorre também devido a uma manobra do capital para manutenção do exército industrial de reserva.

Por fim, como anteriormente exposto, é inegável as interferências da pandemia de Covid-19 na pesquisa e nos resultados. Entretanto, os dados apresentados demonstram o contexto atual e avalia-se que futuramente a pesquisa possa ser reaplicada, possibilitando um estudo comparativo entre o contexto de pandemia e pós-pandemia.

Referências

BRASIL. Constituição (1990). **Lei nº 8080, de 19 de julho de 1990**. Política Nacional de Saúde. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRASIL. **Portaria nº 4.279, de 30 de outubro de 2010**. Diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 29 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. MS: Brasília, 2011. 160 p. Disponível em: < http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_acoes_enfrent_dcnt_2011.pdf> Acesso em: 09 nov. 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm> Acesso em: 12 mar. 2021.

BRAVO, M.I.S.; ANDREAZZI, M.F.S de. Avanços da contrarreforma na saúde intensificadas a partir do governo ilegítimo do Temer. **7º Encontro Internacional de Política Social e 14º Encontro Nacional de Política Social**. Vitória: ES, 2019.

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A. **A saúde e seus determinantes sociais**. *Physis*. 2007, vol.17, n.1, pp. 77 - 93. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>> Acesso em: 09 nov. 2020.

FNEM, Fórum Nacional de Entidades Metropolitanas. Região Metropolitana da Grande Florianópolis (SC). Disponível em: <<http://fnembrasil.org/regiao-metropolitana-de-florianopolis-sc/>>. Acesso em: 13 abr. 2020.

CUNHA, C.L.N. da. **A centralidade da família nas políticas sociais**: um olhar do assistente social sobre o trabalho com famílias na área da saúde. VII Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luiz: UFMA, 2017.

FALEIROS, V. P. **A política social do Estado capitalista**. 8. Ed. São Paulo: Cortez, 2000.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A. C. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

JURACZYKSCZIMINSKI, Terezinha de Fatima; BAZZANELLA, Sandro Luiz. **O Desconhecimento da Lei como Obstáculo à Construção da Cidadania**. UNESC, Criciúma, v. 4, nº1, Jan/Jun 2015. Criar Educação – PPGE – UNESC.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *Katálysis*, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em < <https://www.scielo.br/pdf/rk/v14n1/v14n1a05.pdf>> Acesso em: 15 mar. 2021.

MENDES, E.V. **As Redes de Atenção à Saúde**. 2ª. Ed. Brasil: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 554 p.

MINAYO, M.C.S.; DESLANDES, S.F; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. Ed., Petrópolis, RJ: Ed. Vozes. 2009.

NOGUEIRA, V.M.R.; MIOTO, R.C.T. Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde. In: MOTA, A.E. et al (Org.). **Serviço Social e Saúde**: Formação e Trabalho Profissional. São Paulo: Opas, p. 273-303, 2006.

SCHMIDT, J.A. de C; SILVA, M.M. da. A assistência social na contemporaneidade: uma análise a partir do orçamento público. *Katálysis*, v. 18, n. 1, p. 86-94, jan./jun. 2015. Disponível em: < https://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/pt_1414-4980-rk-18-01-00095.pdf> Acesso em: 09 nov. 2020.

SEVERINO, A.J. **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez, 2014.

SILVA, A.L. da. Imagem e Identidade profissional do Assistente Social na área hospitalar: a conjugação entre projeto profissional e as necessidades em saúde dos usuários do sistema único de saúde. **Anais do III Seminário Internacional de Políticas Públicas**, Porto Alegre: PUC-RS, 2017.

TRAVAGIN, L.B. O avanço do capital na saúde: um olhar crítico às Organizações Sociais de Saúde. **Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 115, p. 995 - 1006, out/dez, 2017.

TOSCANO, Cristiana M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não-transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(4), p. 885 - 895, 2004. Disponível em: <<https://www.scielosp.org/pdf/csc/2004.v9n4/885-895/pt>> Acesso em: 9 nov. 2020.