

Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

# Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4



Benedito Rodrigues da Silva Neto  
(Organizador)

Saúde Pública e Saúde Coletiva:  
Dialogando sobre Interfaces Temáticas 4

Atena Editora  
2019

2019 by Atena Editora  
Copyright © Atena Editora  
Copyright do Texto © 2019 Os Autores  
Copyright da Edição © 2019 Atena Editora  
Editora Executiva: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Antonella Carvalho de Oliveira  
Diagramação: Natália Sandrini  
Edição de Arte: Lorena Prestes  
Revisão: Os Autores

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores. Permitido o download da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

### **Conselho Editorial**

#### **Ciências Humanas e Sociais Aplicadas**

Prof. Dr. Álvaro Augusto de Borba Barreto – Universidade Federal de Pelotas  
Prof. Dr. Antonio Carlos Frasson – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Antonio Isidro-Filho – Universidade de Brasília  
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Cristina Gaio – Universidade de Lisboa  
Prof. Dr. Deyvison de Lima Oliveira – Universidade Federal de Rondônia  
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice  
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande  
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

#### **Ciências Agrárias e Multidisciplinar**

Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Alexandre Igor Azevedo Pereira – Instituto Federal Goiano  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná  
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul  
Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia  
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul  
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará  
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas

#### **Ciências Biológicas e da Saúde**

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina  
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria  
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará

Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão  
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande

### **Ciências Exatas e da Terra e Engenharias**

Prof. Dr. Adélio Alcino Sampaio Castro Machado – Universidade do Porto  
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná  
Prof. Dr. Fabrício Menezes Ramos – Instituto Federal do Pará  
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte  
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista

### **Conselho Técnico Científico**

Prof. Msc. Abrãao Carvalho Nogueira – Universidade Federal do Espírito Santo  
Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – Ordem dos Advogados do Brasil/Seccional Paraíba  
Prof. Msc. André Flávio Gonçalves Silva – Universidade Federal do Maranhão  
Prof.ª Drª Andreza Lopes – Instituto de Pesquisa e Desenvolvimento Acadêmico  
Prof. Msc. Carlos Antônio dos Santos – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro  
Prof. Msc. Daniel da Silva Miranda – Universidade Federal do Pará  
Prof. Msc. Eliel Constantino da Silva – Universidade Estadual Paulista  
Prof.ª Msc. Jaqueline Oliveira Rezende – Universidade Federal de Uberlândia  
Prof. Msc. Leonardo Tullio – Universidade Estadual de Ponta Grossa  
Prof.ª Msc. Renata Luciane Polsaque Young Blood – UniSecal  
Prof. Dr. Welleson Feitosa Gazel – Universidade Paulista

<b>Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)</b>	
S255	Saúde pública e saúde coletiva [recurso eletrônico] : dialogando sobre interfaces temáticas 4 / Organizador Benedito Rodrigues da Silva Neto. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019. – (Saúde Pública e Saúde Coletiva. Dialogando Sobre Interfaces Temáticas; v. 4)  Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web Inclui bibliografia ISBN 978-85-7247-598-3 DOI 10.22533/at.ed.983190209  1. Política de saúde. 2. Saúde coletiva. 3. Saúde pública. I. Silva Neto, Benedito Rodrigues da. II. Série.  CDD 362.1
<b>Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422</b>	

Atena Editora  
Ponta Grossa – Paraná - Brasil  
[www.atenaeditora.com.br](http://www.atenaeditora.com.br)  
contato@atenaeditora.com.br

## APRESENTAÇÃO

A coleção “Saúde Pública e Saúde Coletiva: Dialogando sobre Interfaces Temáticas” é uma obra composta de cinco volumes que tem como foco principal a discussão científica por intermédio de trabalhos diversos que compõe seus capítulos. Cada volume abordará de forma categorizada e interdisciplinar trabalhos, pesquisas, relatos de casos e/ou revisões que transitam nos vários caminhos da saúde pública e saúde coletiva.

Sabemos que a equipe de saúde cumpre um papel fundamental não apenas no laboratório e no hospital, mas no contexto da sociedade e do seu avanço, por isso cada vez estudos integrados são relevantes e importantes para a formação acadêmica. Deste modo neste trabalho que compreende o quarto volume da obra reunimos trabalhos desenvolvidos com enfoque direcionado ao serviço social, prática profissional, determinantes sociais da saúde, avaliação social, saúde mental; política de saúde, cuidado pré-natal, vulnerabilidade social, aleitamento materno, planejamento, modelo de gestão, infecções sexualmente transmissíveis dentre outros.

Viabilizar novos estudos em saúde pública é de extrema importância para países em desenvolvimento, da mesma forma que é preciso cada vez mais contextualizar seus aspectos no ensino e extensão. Isso nos leva à novas metodologias, abordagens e estratégias que conduzam o acadêmico à um aprendizado mais específico e consistente.

Deste modo a obra Saúde Pública e Saúde Coletiva apresenta uma teoria bem fundamentada nos resultados práticos obtidos pelos diversos professores e acadêmicos que arduamente desenvolveram seus trabalhos que aqui serão apresentados de maneira concisa e didática. Sabemos o quão importante é a divulgação científica, por isso evidenciamos também a estrutura da Atena Editora capaz de oferecer uma plataforma consolidada e confiável para estes pesquisadores exporem e divulguem seus resultados.

Benedito Rodrigues da Silva Neto

## SUMÁRIO

<b>CAPÍTULO 1</b> .....	<b>1</b>
A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA AVALIAÇÃO DE PACIENTES EM ACOMPANHAMENTO PRÉ-TRANSPLANTE RENAL EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE FORTALEZA-CE	
Cíntia Raquel da Silva Castro Antônia Iara Adeodato Maria de Fátima Sousa Lima de Carvalho	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9831902091</b>	
<b>CAPÍTULO 2</b> .....	<b>12</b>
A ESTRATÉGIA DE REDUÇÃO DE DANOS COMO PRÁTICA POTENCIALIZADORA NO CUIDADO AO USUÁRIO DE DROGA: UM ENSAIO TEÓRICO	
Paola Lopes Lima Karina Oliveira de Mesquita	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9831902092</b>	
<b>CAPÍTULO 3</b> .....	<b>24</b>
A IMPORTÂNCIA DA ASSISTENCIA AO PRÉ-NATAL: REVISÃO DE LITERATURA	
Leia Simone Agostinho de Sousa Naiane de Sousa Silva Tágila Andreia Viana dos Santos Laiana Dias Prudêncio Thaís Nayara Silva Costa José Alberto Lima Carneiro Ellane Patrícia da Silva Franco Gabriel Renan Soares Rodrigues Mariana de Fátima Barbosa de Alencar Marina Ribeiro da Fonseca Leilane Estefani Mota da Costa Ferreira Nadiana Vieira Silva	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9831902093</b>	
<b>CAPÍTULO 4</b> .....	<b>35</b>
A IMPORTÂNCIA DO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PARA MULHERES QUE BUSCAM O SERVIÇO DE SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DE LITERATURA	
Bruna Caroline Silva Falcão Larissa Di Leo Nogueira Costa Pabline Medeiros Verzaro Marcos Ronad Mota Cavalcante Josafá Barbosa Marins Lívia Alessandra Gomes Aroucha Reivax Silva do Carmo Julyana Côrrea Silva Luciana Léda Carvalho Lisboa Dayse Azevedo Coelho De Souza Mayra Sharlenne Moraes Araújo Alyni Sebastiany Mendes Dutra	
<b>DOI 10.22533/at.ed.9831902094</b>	

**CAPÍTULO 5 ..... 45**

A PERCEPÇÃO DE RISCO E VULNERABILIDADE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA A SAÚDE: REVISÃO INTEGRATIVA

Kelly Alves de Almeida Furtado

Olindina Ferreira Melo

Roberta Cavalcante Muniz Lira

**DOI 10.22533/at.ed.9831902095**

**CAPÍTULO 6 ..... 53**

AÇÕES E CUIDADOS DE ENFERMAGEM DIANTE DAS TERAPÊUTICAS AO IDOSO COM ALZHEIMER

Daniel Aser Veloso Costa

Leticia Gleyce Sousa Rodrigues

Emmanueli Iracema Farah

**DOI 10.22533/at.ed.9831902096**

**CAPÍTULO 7 ..... 65**

ADEQUAÇÃO DO PRÉ-NATAL MÉDICO E MITOS EM SAÚDE BUCAL EM GESTANTES

Elisa Miranda Costa

Karen Lorena Texeira Barbosa

Rafiza Félix Marão Martins

Ana Carolina Mendes Pinheiro

Juliana Aires Paiva de Azevedo

San Diego Oliveira Souza

Erika Bárbara Abreu Fonseca Thomaz

**DOI 10.22533/at.ed.9831902097**

**CAPÍTULO 8 ..... 75**

ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO E SUA INTERRUPTÃO: CONHECIMENTOS E PRÁTICAS DE MÃES DE UM MUNICÍPIO DO INTERIOR MARANHENSE

Adriana Alves Guedêlha Lima

Anderson Araújo Corrêa

Rosângela Silva Pereira

Gizelia Araújo Cunha

Francisca Natália Alves Pinheiro

Otoniel Damasceno Sousa

Dheyymi Wilma Ramos Silva

Fernando Alves Sipaúba

Jairina Nunes Chaves

Adriana Torres dos Santos

Nathallya Castro Monteiro Alves

**DOI 10.22533/at.ed.9831902098**

**CAPÍTULO 9 ..... 86**

ANÁLISE DA EFICÁCIA DOS MODELOS DE DISPENSAÇÃO E SEU IMPACTO PARA O GERENCIAMENTO DE FARMÁCIA HOSPITALAR

Renan Rhonalty Rocha

Maria Vitória Laurindo

Antônia Crissy Ximenes Farias

Letícia Bandeira Mascarenhas Lopes

Alana Cavalcante dos Santos

Camilla Rodrigues Pinho

**DOI 10.22533/at.ed.9831902099**

**CAPÍTULO 10 ..... 94**

ASPECTOS FUNCIONAIS DE IDOSOS PARTICIPANTES E NÃO PARTICIPANTES DE GRUPOS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Murilo Rezende Oliveira  
Daniela Gonçalves Vargas  
Jaciéli Charão Vargas  
Hedioneia Maria Foletto Pivetta  
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

**DOI 10.22533/at.ed.98319020910**

**CAPÍTULO 11 ..... 105**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PESSOA COM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA

Ana Raquel Freitas dos Santos  
Walter Ney de Sousa Sales  
Tacyana Pires de Carvalho Costa  
Francisco Lucas de Lima Fontes  
Adalberto Moreira da Silva Júnior  
Luan da Silva Moraes  
Josélia Costa Soares  
Ariane Freire Oliveira  
Márcia Sandra Rêgo de Sousa  
Maurício José Almeida Moraes  
Jakson de Oliveira Gaia  
Onédia Naís de Carvalho

**DOI 10.22533/at.ed.98319020911**

**CAPÍTULO 12 ..... 117**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PACIENTE COM COLOSTOMIA

Leísse Mendes da Silva  
Abraão Lira Carvalho  
Joana Maria Machado Mendes  
Verônica Natália Machado Mendes  
Lucas Mendes da Silva  
Geovane Moura Viana  
Ingrid Jamille Miranda de Paulo  
Mara Célia Santos Matos  
Paula Késia do Nascimento Silva  
Charlles Nonato da Cunha Santos  
Erica Maria Fernandes Ferreira  
Mara Julyete Arraes Jardim

**DOI 10.22533/at.ed.98319020912**

**CAPÍTULO 13 ..... 128**

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM EM GESTANTES COM PRÉ-ECLÂMPSIA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA

Maria Patrícia Cristina de Sousa  
Ernando Silva de Sousa  
Lindamaria Oliveira de Miranda  
Juliana Falcão da Silva  
Gislaine de Carvalho Sousa  
Érica Débora Feitosa da Costa  
Ana Carolina Amorim de Sousa  
Gildene da Silva Costa  
Ítalo Arão Pereira Ribeiro

Letícia Lacerda Marques  
Juliana Nunes lacerda  
Leonilson Neri dos Reis

**DOI 10.22533/at.ed.98319020913**

**CAPÍTULO 14 ..... 140**

ATENDIMENTO AMBULATORIAL A PACIENTES ACOMETIDOS COM ÚLCERA VENOSA EM MEMBROS INFERIORES, UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Isaac Newton Machado Bezerra  
Francisco Canindé dos Santos Silva  
Vinícius Costa Maia Monteiro  
Jânio Luiz do Nascimento  
Laísia Ludmyla Sousa de Farias  
Luan Thallyson Dantas de Assis  
Bárbara Danielle Calixto de Alcântara  
Aurélia de Oliveira Bento  
Zacarias Ramalho Silvério  
Isac Davidson Santiago Fernandes Pimenta  
Mariel Wagner Holanda Lima  
Grasiela Piuvezam

**DOI 10.22533/at.ed.98319020914**

**CAPÍTULO 15 ..... 143**

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO ACONSELHAMENTO E APOIO A ADOLESCENTES HOMOSSEXUAIS

Annah Lídia Souza e Silva  
Bárbara Catellene Cardoso da Costa  
Isabelle Coelho de Azevedo Veras  
Ênnio Santos Barros  
Maria Olyntha Araújo de Almeida  
Waleria da Silva Nascimento Gomes

**DOI 10.22533/at.ed.98319020915**

**CAPÍTULO 16 ..... 153**

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO QUINTO SINAL VITAL: DOR

Marceli Diana Helfenstein Albeirice da Rocha  
Patrícia Alves de Mendonça Cavalcante  
Patrícia Fernandes Albeirice da Rocha  
Egrimária Cardoso de Araujo  
Eliane Ramos da Silva Gonçalves  
Dayane Clock  
Sergio Celestino Cavalcante Santos

**DOI 10.22533/at.ed.98319020916**

**CAPÍTULO 17 ..... 164**

AValiação DO NÍVEL DE ALFABETIZAÇÃO EM SAÚDE DE IDOSOS PORTADORES DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Beatriz Borges Pereira  
Irineu De Sousa Júnior  
Cinthya Suyane Pereira Silva  
Carmy Celina Feitosa Castelo Branco  
Marilha Neres Leandro  
Samara Cíntia Rodrigues Vieira  
Amanda De Andrade Marques  
Ana Caroline Fernandes Sampaio

Caroline Medeiros Machado  
Maria Auxiliadora Macedo Callou  
DOI 10.22533/at.ed.98319020917

**CAPÍTULO 18 ..... 176**

BANCO DE LEITE HUMANO E AS ATIVIDADES DESEMPENHADAS PELO PROFISSIONAL BIOMÉDICO

Aline Costa Souza  
Samara Maria Pereira de Andrade  
DOI 10.22533/at.ed.98319020918

**CAPÍTULO 19 ..... 181**

CUIDADOS E CUIDADORES DE PACIENTES COM DOENÇAS CRÔNICAS

Beatriz Aiko Nagayoshi  
Maria Cristina de Oliveira Santos Miyasaki  
Luciano Garcia Lourenção  
DOI 10.22533/at.ed.98319020919

**CAPÍTULO 20 ..... 193**

DESAFIOS DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM COMUNIDADES RIBEIRINHAS NO INTERIOR DO AMAZONAS

Miriam Juliana Lanzarini Lacerda  
Andréia Marinho do Nascimento  
Cleane Martins Brasil  
Grace Anne Andrade da Cunha  
DOI 10.22533/at.ed.98319020920

**CAPÍTULO 21 ..... 202**

DIAGNOSTIC CONDUCT AND MANAGEMENT OF NEONATAL SEPSIS: A SYSTEMATIC REVIEW

Álef da Silva Amorim  
Sara Oliveira da Silva  
Vasti Léia da Silva Lima  
Peter Richard Hall  
DOI 10.22533/at.ed.98319020921

**CAPÍTULO 22 ..... 214**

ESTRATÉGIAS E AÇÕES PARA ACESSAR E AUXILIAR NA PROMOÇÃO DA SAÚDE DE MULHERES PROFISSIONAIS DO SEXO

Paula Cristina Rodrigues Frade  
Luana Mota da Costa  
Brenda Luena Assis Lisboa  
Luiz Marcelo de Lima Pinheiro  
Luísa Carício Martins  
Gláucia Caroline Silva de Oliveira  
Aldemir Branco de Oliveira-Filho  
DOI 10.22533/at.ed.98319020922

**CAPÍTULO 23 ..... 225**

ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

Kyzze Correia Fontes  
Diogo do Vale Aguiar  
Antônio Carlos Pereira  
DOI 10.22533/at.ed.98319020923

**CAPÍTULO 24 ..... 238**

INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS NAS RELAÇÕES LESBOAFETIVAS:  
CONSEQUÊNCIAS DA FALTA DE POLÍTICAS PÚBLICAS ESPECÍFICAS

Emilly Ravany Marques de Moura e Silva

Kaline Dantas Magalhães

Ana Michele de Farias Cabral

Daiana Gleice de Araújo da Silva

Milena de Lima Pereira

**DOI 10.22533/at.ed.98319020924**

**CAPÍTULO 25 ..... 249**

O SEGUIMENTO COMPARTILHADO ENTRE A ATENÇÃO HOSPITALAR E ATENÇÃO PRIMÁRIA –  
INTERVENÇÃO PELO ARCO DE MAGUEREZ

Felipe Moraes da Silva

Marinese Hermínia Santos

Eremita Val Rafael

Patrícia de Lourdes Silva Dias

Amanda Santos Barros

Marcos Ronad Mota Cavalcante

Alberto Joaquim Goveia Diniz Neto

Clístenes Alyson de Souza Mendonça

Dannylo Ferreira Fontenele

Luís Felipe Castro Pinheiro

**DOI 10.22533/at.ed.98319020925**

**CAPÍTULO 26 ..... 257**

PADRÃO NUTRICIONAL DE PARTICIPANTES DE UM PROJETO EXTENSIONISTA IMPLEMENTADO  
NO ÂMBITO UNIVERSITÁRIO

Joyce Sousa Aquino Brito

Elaine Aparecida Alves da Silva

Isabel Oliveira Aires

Yasmin Emanuely Leal Araújo

Maria Clara Pinto Andrade

Suely Carvalho Santiago Barreto

Maria do Socorro Silva Alencar

**DOI 10.22533/at.ed.98319020926**

**CAPÍTULO 27 ..... 268**

PARTO HUMANIZADO: O PAPEL DA ENFERMAGEM EM DEFESA DA VIDA

Antonia Gomes de Almeida Neta

Joana Angélica Leite Belarmino de Amorim

Yaskara Letícia Duarte Trajano

Rafael Tavares Silveira Silva

**DOI 10.22533/at.ed.98319020927**

**CAPÍTULO 28 ..... 277**

PERCEPÇÕES DE HOMENS SOBRE A SAÚDE PREVENTIVA OFERTADA NA ATENÇÃO BÁSICA

Dulcimar Ribeiro de Matos  
Fabrícia Castelo Branco de Andrade Brito  
Francisco Lucas de Lima Fontes  
Josélia Costa Soares  
Luan da Silva Morais  
Sâmara Gabriele Ferreira de Brito  
Maria Idalina Rodrigues  
Ariane Freire Oliveira  
João Victor Alves Oliveira  
Sandra Maria Gomes de Sousa  
Lucilene da Silva Silva  
Regina Célia Soares de Sousa

**DOI 10.22533/at.ed.98319020928**

**CAPÍTULO 29 ..... 288**

INGESTÃO DIETÉTICA DE COBRE E MARCADORES DO DANO MUSCULAR EM PRATICANTES DE MUAY THAI

Bruna Emanuele Pereira Cardoso  
Alana Rafaela da Silva Moura  
Lourrane Costa de Santana  
Yasmin de Oliveira Cantuário  
Ana Raquel Soares de Oliveira  
Jennifer Beatriz Silva Morais  
Loanne Rocha dos Santos  
Larissa Cristina Fontenelle  
Stéfany Rodrigues de Sousa Melo  
Thaline Milany da Silva Dias  
Dilina do Nascimento Marreiro  
Kyria Jayanne Clímaco Cruz

**DOI 10.22533/at.ed.98319020929**

**CAPÍTULO 30 ..... 300**

USO DE BENZODIAZEPÍNICOS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM UMA CIDADE DO INTERIOR DO CEARÁ - BRASIL

Renan Rhonalty Rocha  
Maria Vitória Laurindo  
Alana Cavalcante dos Santos  
Derivânia Vieira Castelo Branco  
Francisca Aila de Farias  
Adna Vasconcelos Fonteles

**DOI 10.22533/at.ed.98319020930**

<b>CAPÍTULO 31</b> .....	<b>310</b>
SÍNDROME DE STEVENS JOHNSON EM PACIENTE ONCOLÓGICO: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
Luciana Léda Carvalho Lisboa	
Dayse Azevedo Coelho de Souza	
Janielle Ferreira de Brito Lima	
Larissa Cristina Rodrigues Alencar	
Alyni Sebastiany Mendes Dutra	
Bruna Caroline Silva Falcão	
Thaysa Gois Trinta Abreu	
Reivax Silva do Carmo	
Mayra Sharlenne Moraes Araújo	
Pabline Medeiros Verzaro	
Roseana Costa Teixeira	
Larissa Di Leo Nogueira Costa	
<b>DOI 10.22533/at.ed.98319020931</b>	
<b>CAPÍTULO 32</b> .....	<b>317</b>
USO CONSCIENTE DE SUPLEMENTOS ALIMENTARES	
Givanildo de Oliveira Santos	
Gilberto Teixeira da Silva	
Rodrigo Ferreira de Souza	
Rosimari de Oliveira Bozelli	
Lais Mirele Oliveira Martins Daciuk	
<b>DOI 10.22533/at.ed.98319020932</b>	
<b>CAPÍTULO 33</b> .....	<b>324</b>
ANÁLISE DA REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NAS CAPITALS DO NORDESTE DO BRASIL: UM OLHAR INOVADOR PARA AS AÇÕES DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	
Palloma Emanuelle Dornelas de Melo	
Ryanne Carolynne Marques Gomes	
<b>DOI 10.22533/at.ed.98319020933</b>	
<b>SOBRE O ORGANIZADOR</b> .....	<b>331</b>
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b> .....	<b>332</b>

## ESTRUTURAÇÃO DO MODELO DE ATENÇÃO À SAÚDE A PARTIR DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE ATRAVÉS DO PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO

### **Kyzze Correia Fontes**

Mestranda em Gestão em Saúde Pública pela Faculdade de Odontologia da Unicamp

### **Diogo do Vale Aguiar**

Mestre em Saúde Coletiva pela FIOCRUZ

### **Antônio Carlos Pereira**

Professor Titular do Departamento de Odontologia Social da Faculdade de Odontologia da Unicamp.

**RESUMO: INTRODUÇÃO:** Aracaju, capital do estado de Sergipe, possui população estimada em 2016 de 641.523 habitantes, é município polo de região de saúde, bem como é considerada a região de saúde mais populosa, com uma população estimada para 2016 de 841.037 pessoas, corresponde a 37% da população do Estado. Observa-se que Aracaju nos últimos 30 anos enfrenta a transição demográfica, bem como a transição epidemiológica, caracterizada pelo envelhecimento da população e a chamada tripla carga de doença com doenças crônicas não transmissíveis, acidentes e violências e a presença persistente de doenças infecto-parasitárias. Diante disso, é premente a reorganização dos recursos do sistema de saúde para dar suporte a esse perfil populacional. O processo de planejamento em saúde auxilia na mobilização dos trabalhadores na perspectiva da organização do processo de trabalho, além de induzir políticas públicas

em saúde integrada. Aliado a isso, o processo de construção das redes de atenção à saúde aponta para uma mudança estrutural e operacional no modelo de atenção, uma vez que induz positivamente os princípios da universalidade, a partir da garantia do acesso à saúde e da integralidade, na medida em que busca integrar a oferta de ações e serviços de saúde de um território, otimizando custos, recursos humanos e tecnológicos. **OBJETIVO:** Apresentar uma experiência que tem como finalidade a organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento em saúde, a fim de repensar os modelos de gestão e o modelo de atenção à saúde no município de Aracaju. **MÉTODOS:** Trata-se de um trabalho descritivo do tipo relato de experiência sobre a estruturação da rede atenção à saúde a partir do planejamento estratégico. **RESULTADOS:** Por se tratar de uma proposta que está em fase de implantação, os resultados até então mensurados se deram a partir da observação das posturas e comportamentos dos atores envolvidos na gestão, como: implicação e motivação nos seus núcleos de trabalho, implicação com os gestores parceiros e motivação nas equipes. Entretanto o que se espera com essa estruturação é algo concreto que possibilite mudanças de práticas no trabalhador e consequentemente uma saúde produtora do cuidado integrado e equânime.

**CONCLUSÃO:** A experiência nos convocou a repensar nossas práticas a partir da construção de competências, funções e responsabilidades do coletivo de gestores pertencentes à SMS. Possibilitou ainda, estabelecer instrumentos de avaliação, monitoramento e qualificação desta equipe, a fim de conduzir de forma organizada e coerente o processo de trabalho das equipes. Além disso, permitiu discutir os modelos de atenção à saúde e modelo de gestão adotado pela SMS.

**PALAVRAS-CHAVE:** Planejamento, Modelo de Gestão, Regionalização

## GUIA DO CAPÍTULO

**Objetivos:** Nossa proposta neste capítulo é relatar uma experiência do modelo de atenção à saúde no município de Aracaju/SE. Trata-se de uma sensibilização e motivação dos profissionais de saúde para organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento estratégico em saúde.

## CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- Modelos de Atenção e Gestão em Saúde
- A Regionalização como princípio estruturante do SUS
- Planejamento em Saúde e Redes de Atenção
- Relato de Experiência no Município

## MODELOS DE ATENÇÃO E GESTÃO EM SAÚDE

Os Sistemas de Saúde, tal qual se conhece hoje, são recentes na história e só se consolidaram em meados no século XX. Desenvolvidos em um momento em que os Estados ampliaram sua participação nas questões que envolviam a saúde e bem-estar da população, constituíram-se enquanto resposta social organizada às condições de saúde da sociedade, a partir das relações sociais estabelecidas no seu interior. Atualmente, podem ser definidos como “conjunto de relações políticas, econômicas e institucionais que se concretizam em organizações, regras e serviços responsáveis pela condução dos processos referentes à saúde de uma dada população” (Lobato e Gionvanella, 2012).

As características dos sistemas de saúde são determinadas pelas relações sociais estabelecidas no interior das sociedades, sendo seu funcionamento e componentes influenciados por características históricas, econômicas, políticas e sociais, ao passo que também podem influenciar a sua dinâmica social. Por isso, os sistemas de saúde se apresentam de forma diferente nas diversas sociedades ou ainda em uma mesma sociedade em épocas distintas (Lobato e Giovanella, 2012).

No Brasil, o Sistema Único de Saúde – SUS resultou de um longo processo

social que teve como objetivo promover uma mudança no modo de garantir atenção à saúde da população e sua organização enquanto política nacional de saúde é consequência das profundas mudanças que marcaram a sociedade brasileira nas últimas décadas (Lima, 2010; Lobato e Giovanella, 2012).

Para Carvalho e Cunha (2006), as determinações histórico-estruturais das políticas sociais e as práticas cotidianas em saúde são mediadas pelos modelos de atenção à saúde que se apresentam de um lado, como uma tradução pragmática das regras legislativas que normatizam o setor, de condicionantes macropolíticos, econômicos e sociais e, por outro lado, como decorrente da ação política de sujeitos individuais e coletivos que disputam a orientação do sistema de saúde. Sob esse aspecto, o modelo de atenção seria um dos fatores condicionante para viabilidade do SUS, que permanece em disputa entre diversos atores políticos, sobretudo aqueles que defendem um sistema público, universal e participativo e grupos identificados com interesses privados e corporativos (LIMA, 2010).

O conceito de “modelo de atenção” pode se conceber nas dimensões gerencial, organizativa e técnico-assistencial e para transformá-lo são necessárias políticas que criem condições para as mudanças a nível “micro”, desencadeando processos político-gerenciais que favoreçam as inovações nas três dimensões. Estas mudanças podem incidir tanto sobre o conteúdo das práticas quanto na forma de organização do processo de trabalho dos serviços nos diversos níveis de complexidade e também na forma de organização das unidades em redes de serviços, buscando o ajuste possível entre a oferta de ações e serviços e as necessidades e demandas da população (TEIXEIRA E VILASBOAS, 2013).

Em última análise, discutir os elementos que constituem modelos de atenção pressupõe uma ampliação do conhecimento sobre aspectos organizativos e de gestão em saúde (Carvalho e Cunha, 2006). Nesse sentido, do ponto de vista estratégico, a identificação dos traços fundamentais, lógicas, razão de ser ou racionalidades que caracterizam os modelos de atenção à saúde vigentes, bem como possíveis propostas alternativas, são fundamentais para a compreender e orientar as escolhas técnicas e decisões políticas (Paim, 2012).

## **A REGIONALIZAÇÃO COMO PRINCÍPIO ESTRUTURANTE DO SUS**

O Sistema Único de Saúde (SUS) dentre os seus princípios e diretrizes, visa garantir a universalidade, a equidade nas ofertas e serviços e a integralidade no cuidado, assim tem como foco a assistência à saúde das pessoas por meio de ações de promoção, proteção e reabilitação da saúde (Arruda et al., 2014).

Contudo, o fortalecimento do papel do Estado e sua responsabilização como condutor das ações de saúde despontou no poder público a necessidade de desenvolver estratégias que possibilitasse o uso racional dos recursos disponíveis

visando promover a ampliação do atendimento à toda população. Propostas baseadas no perfil epidemiológico, na regionalização e hierarquização e na descentralização da gestão ganharam força e a estruturação em uma rede regionalizada e hierarquizada passou a ser a principal característica que norteia a organização do SUS (Duarte et al., 2015).

Após quase três décadas de promulgação da Lei n.8.080/1990 que institui o SUS, observa-se avanços importantes dentre eles podemos citar, a melhoria do acesso a partir da ampliação das ações e serviços de saúde; o crescimento dos recursos humanos em saúde; a ampla participação social nos processos decisórios e descentralização da gestão e dos recursos (SALIBA, 2013). No entanto ainda há alguns desafios para consolidação no processo de implantação do SUS, um deles está nas definições das responsabilidades, atribuições e competências das três esferas de gestão, principalmente no que se refere à cogestão, modelo de financiamento e planejamento da saúde (CONASS, 2015).

Diante disso, e na perspectiva de avançar no processo de consolidação do SUS, algumas normativas vêm sendo elaboradas na tentativa de demarcar os limites das tomadas de decisão de cada gestor (federal, municipal e estadual). Sendo de fundamental importância programar estratégias de gestão que auxiliem na implantação da cogestão, a fim de permitir espaços de negociação permanente, induzir/fortalecer articulações interfederativas e executar as ações de planejamento, monitoramento e avaliação das ações e serviços de saúde (CONASS, 2015).

Dentre as normativas mais recentes que regulamentam e organizam o Sistema Único de Saúde, foi publicado o Decreto n. 7.508/2011 que dispõe sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, bem como a Lei Complementar n. 141/2012 que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados e Municípios, além de estabelecer normas de fiscalização, avaliação e controle das despesas em saúde.

O Decreto n. 7.508/2011 nasce como resultado de esforços para consolidar o princípio da regionalização, estabelecida pela Lei n. 8.080/1990, regulamentada pelo Pacto pela Saúde de 2006 e pela NOAS em 2002. (CONASS, 2015 e Ministério da Saúde, 2015a). A regionalização é uma estratégia de reorganização e indução da descentralização das ações/serviços de saúde, auxiliando na centralidade das políticas públicas e reorientando os processos de negociação e articulação interfederativa entre os gestores do SUS. (Mendes, 2016; Ministério da Saúde, 2015a).

Desta forma, o decreto acima citado fortalece e organiza o processo de regionalização da atenção à saúde a partir de um conjunto de dispositivos gerenciais e assistenciais como: as regiões de saúde, o mapa de saúde, as portas de entrada, as redes de atenção, os protocolos clínicos e as diretrizes terapêuticas, a Renases, a Rename, o planejamento na saúde e o COAP. Importante ressaltar que o decreto

induz o aperfeiçoamento do processo de planejamento do SUS, a partir do momento que estabelece o planejamento regional em saúde, por meio de um instrumento jurídico-executivo, o COAP. Essa indução reforça a necessidade de fortalecer as ações integradas pelas três esferas de governo que façam interlocução com as metas municipais e estaduais estabelecidas nos seus respectivos planos (Mendes; 2016; Ministério da Saúde, 2015a).

Segundo o Decreto, a região de saúde é definida como:

“...o espaço geográfico contínuo constituído por agrupamentos de municípios limítrofes, delimitado a partir de identidades culturais, econômicas e sociais e de rede de comunicação e infraestrutura de transportes compartilhados, com a finalidade de integrar a organização, o planejamento e a execução de ações e serviços de saúde (art. 2º, I).”

Desta forma, a região de saúde juntamente com o apoio de representantes estaduais estabelecem metas e objetivos assistenciais regionais por meio das instâncias de pactuação consensual entre os entes federativos chamada: Comissão Intergestora Regional. Neste contexto a regionalização se torna uma prática necessária e eficaz para superar os limites de um único município com relação as densidades e complexidade tecnológicas em saúde, a fim de garantir a solução para todos os casos de saúde da população residente, demonstrando assim que é indispensável integrar as ações e serviços de saúde em redes regionalizadas (Albuquerque, 2013). Conforme estabelecido no decreto, as regiões de saúde devem oferecer no mínimo ações e serviços que corresponde a: I) atenção primária; II) urgência e emergência; III) atenção psicossocial; IV) atenção ambulatorial especializada e hospitalar; V) vigilância em saúde (Ministério da Saúde, 2014).

Para Albuquerque e Viana (2015), os processos de descentralização, regionalização e configuração de redes assistenciais nem sempre caminharam juntos desde instituição do SUS. As autoras afirmam que a indução da regionalização e conformação de redes no país só entrou na agenda da política de saúde nos anos 2000 a partir de diversas normativas, a partir das quais pode-se identificar diferentes fases. A primeira caracterizou-se por uma regionalização normativa com redes de serviço regionalizadas e hierarquizadas induzidas pela instituição da NOAS (2001). A segunda fase teve início com Pacto pela Saúde em 2006, tendo como características as regiões negociadas e redes de atenção regionalizadas e integradas. Já a terceira fase foi instituída em 2011 pelo Decreto 7508/2011, cuja indução se deu a partir de regiões negociadas e contratualizadas com as RAS.

Ainda que seja possível apontar importantes avanços no processo de regionalização, persistem desafios equitativos frente às enormes desigualdades existentes entre as necessidades em saúde e a distribuição da rede de serviços. A presença de enormes regiões destituídas da rede necessária para uma atenção integral à saúde (vazios assistenciais), reflete um processo de descentralização sem integração regional e fragilidades no poder do Estado na oferta de serviços de maior

complexidade, constituindo-se em importante barreira ao acesso da população à saúde (Albuquerque e Viana, 2015; Duarte et al., 2015).

Os municípios brasileiros, em sua grande maioria (cerca de 70%) de pequeno porte (menos de 20.000 habitantes), muitas vezes dispõe apenas de serviços restritos à Atenção Básica (AB) e, quando existentes, alguns de Atenção Especializada (AE) de menor complexidade. tal realidade, aponta a necessidade da constituição de sistemas e redes regionalizadas, visando uma melhor organização no aporte e na alocação de recursos financeiros e tecnológicos, programação de demandas e fluxos assistenciais, acessibilidade e um atendimento mais eficiente e bem qualificado (Roese, Gerhardt e Miranda, 2015).

Diante desta realidade, é primordial que os instrumento de planejamento dos municípios que dispõe de uma maior complexidade e condições socio sanitárias, incorporem no seu escopo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde na íntegra.

## **PLANEJAMENTO EM SAÚDE E REDES DE ATENÇÃO**

O processo de planejamento em saúde auxilia na mobilização dos trabalhadores na perspectiva da organização do processo de trabalho, além de induzir políticas públicas em saúde pois é um instrumento que promove a governança das regiões de saúde a partir da organização das ações e serviços dos municípios que integram a região de saúde. Assim o planejamento de saúde é uma estratégia de construção integrada e ascendente do nível local ao nível federal. Dentre os instrumentos de planejamento em saúde: o Plano de Saúde, a Programações Anuais e o Relatório de Gestão – os Planos de Saúde têm destaque, uma vez que eles estabelecem objetivos, metas, diretrizes, além de prever o financiamento das ações e serviços de saúde que é a base da proposta orçamentária, requisitos básicos para o repasse de recursos de controladoria e auditoria (SALIBA et al, 2013; Ministério da Saúde; 2015a).

Segundo LIMA et AL, 2012, o processo de construção das redes de atenção à saúde aponta para uma mudança estrutural e operacional no modelo de atenção, uma vez que induz positivamente os princípios da universalidade, a partir da garantia do acesso à saúde e da integralidade, na medida em que busca integrar a oferta de ações e serviços de saúde de um território, otimizando custos, recursos humanos e tecnológicos (SILVIA, 2017).

Diante disso, vários instrumentos de planejamento e gestão são utilizados para auxiliar os gestores e trabalhadores do SUS no processo de regionalização, articulação interfederativa e implementação das RAS, dentre eles estão: os Planos de Saúde, o Relatório de Gestão, o Mapa da Saúde, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (Renases); a Relação Nacional de Medicamentos Essenciais

(Rename); os Contratos Organizativos de Ação Pública – COAP (baseados na definição de regras e acordos jurídicos entre os entes federados nas regiões). Têm-se também as instâncias de governança regional, as Comissões Intergestores Regionais, Comissões Intergestora Bipartite e os Grupos Condutores de Redes (apoiam as regiões na implementação das redes temáticas no território) (SILVIA, 2017).

Dentre os instrumentos de planejamento do SUS, os quais foram mencionados acima, o Plano de Saúde e o Relatório de Gestão são os mais básicos e utilizados. O plano de saúde, serve para definição e implementação de todas as ações, diretrizes e iniciativas de cada esfera de gestão do SUS, por um período de quatro anos, garantindo que o governo faça compromissos com o setor saúde no decorrer dos quatro anos de governo. Tais compromissos são expressos por meio de metas, diretrizes e objetivos. Para isso, faz-se necessário uma boa análise situacional, conhecimento a cerca das necessidades de saúde da população, bem como capacidade de compreender as peculiaridades da esfera de gestão (Galindo, 2016).

Estes documentos, quando construídos de forma coletiva, ou seja, a partir dos estudos dos determinantes sociais em saúde, bem como dialogado com a comunidade, demonstram o compromisso político assumido ou não pelo gestor e sua equipe de gestão. Nessa perspectiva é que o estudo documental auxilia a análise de políticas públicas, na medida em que proporciona à investigação em uma fonte privilegiada de dados, uma vez que aprofunda e aproxima as ideias (Sousa et, 2017).

Neste contexto, o planejamento regional que será definido pelos instrumentos: PDR (Plano Diretor de Regionalização), o PDI (Plano Diretor de Investimento) e a PPI (Programação Pactuada e Integrada), deverá ser definido nos planos de saúde em cada esfera de gestão, deixando os gestores exercer as responsabilidades com a saúde da população, bem como o conjunto de objetivos e ações, mediante prioridades estabelecidas regionalmente, que por sua vez estarão refletidas nos planos de saúde (Brasil,2009).

Assim, no processo de regionalização, os municípios sede de região de saúde são referência para a transferência de recursos das ações e programas de âmbito regional, bem como para planejar suas ações não mais a partir de cada ente federado, mas a partir de um território delimitado, mediante avaliação das condições socio sanitárias, as características da região, possibilitando assim um maior enfrentamento as iniquidades territoriais. É no plano de saúde que serão descritas e organizadas de forma sistematizada as metas, objetivos e diretrizes (Mendes, 2016).

Diante dos desafios enfrentados na operacionalização do planejamento regional e na implementação das RAS no território é fundamental compreender como estão sendo elaborados os planos de saúde estaduais e dos municípios sede de região de saúde? Quais os atores envolvidos e como está ocorrendo as articulações regionais? Quais os espaços de governança envolvidos no processo de decisão e quais as

ferramentas utilizadas para normatizar as redes? A partir desses questionamentos que nasce o desejo de desenvolver esta pesquisa, de modo a ampliar a compreensão sobre o processo de planejamento a partir da implementação da RAS, em todo país, operacionalizado através do plano de saúde e institucionalizado por meio do Decreto 7.508 de 2011 e da Portaria 4.279 de 2010.

Por isso, é essencial restabelecer a coerência entre as reais necessidades de saúde e a forma de organização do Sistema único de Saúde. Desta forma, no âmbito do SUS é implantado o modelo em Redes de Atenção à Saúde (RAS), que nasce como uma estratégia de quebra de paradigma e tem como proposta a organização do sistema de atenção à saúde em sistemas integrados, apontando para o desenvolvimento de um sistema coordenado e contínuo, baseado na colaboração e comunicação entre gestores, prestadores e usuários, visando a integração dos serviços de saúde, a educação permanente dos profissionais, priorizando o trabalho intersetorial e multidisciplinar. (Mendes,2011)

Nessa perspectiva, em 2010 o Ministério da Saúde propôs as diretrizes e os fundamentos conceituais e operativos ao processo de organização da Rede de Atenção à Saúde, bem como suas estratégias para a implantação. Desde então é instituída a Portaria nº 4.279 de 2010, a qual estabelece as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde.

A Portaria nº 4.279 de 2010 define Rede de Atenção à Saúde :

é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado

O objetivo da RAS é promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do Sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica. (Ministério da Saúde, 2010)

## **RELATO DE EXPERIÊNCIA NO MUNICÍPIO**

### **Diagnóstico do Município de Aracaju**

O município de Aracaju, capital do estado de Sergipe, localizada na Região Nordeste do Brasil, sendo a segunda capital planejada do país. Sua população estimada em 2018 foi de 648.939 habitantes, o equivalente a 28% da população sergipana, apresentando uma densidade demográfica de 3.528 habitantes/km<sup>2</sup>. (IBGE, 2010)

Aracaju faz parte da mesorregião do Leste Sergipano, compondo a sede da

Região de Saúde de Aracaju (CIR Aracaju), em conjunto com os municípios de Barra dos Coqueiros, Divina Pastora, Itaporanga D’Ajuda, Laranjeiras, Riachuelo, Santa Rosa de Lima e São Cristóvão, com população estimada, em 2016, de 850.503 pessoas (37% da população do Estado) (TCU/DATASUS).

Apresenta um Índice de Desenvolvimento Humano Municipal de 0,77 considerado alto quando comparado com os outros municípios Sergipanos e na comparação com o IDH Nacional o IDHM encontra-se na média. Aracaju concentra boa parte da riqueza gerada em Sergipe, 40,59% do PIB – Produto Interno Bruto estadual que é produzido pela cidade. O setor de serviços é o mais representativo da economia local, 76,63% do PIB é desse setor. O parque industrial de Aracaju é o mais diversificado e desenvolvido do estado, 23,34% do PIB da cidade é do setor industrial (IBGE, 2010).

Por ser uma cidade de grande porte vem passando por inúmeras transformações sociais e demográficas nesses últimos anos. Um dos grandes desafios enfrentados atualmente é o seu crescimento populacional, pois leva a uma condição desordenada na ocupação dos espaços urbanos. Essa forma de ocupação determina alguns problemas sociais que ocorrem em determinadas áreas e a falta de planejamento dessa ocupação tem ocasionado demandas reprimidas em determinados serviços de infraestrutura. Algumas das consequências desse processo são: aumento da violência urbana, crescimento da pobreza, ocupações irregulares fruto de déficits habitacionais, uso inadequado de recursos naturais, degradação do meio ambiente, dentre outros.

Há um grande desafio para a gestão de Aracaju que é o envelhecimento da população, dados do último censo demográfico realizado pelo IBGE, em 2010, apontaram um total de 51.887 pessoas idosas, considerando aqui a população com mais de 60 anos de idade, isso representava cerca de 10% de toda população do município.

Outro indicador de grande importância social é a taxa de mortalidade infantil (TMI), pois reflete, de maneira geral, nas condições de desenvolvimento socioeconômico e de infraestrutura ambiental, bem como o acesso e a qualidade dos recursos disponíveis para atenção à saúde materna e infantil. Verifica-se que em 2006 o Brasil apresentava TMI de 21,04 por mil Nascidos Vivos, já Aracaju apresentava 19,78 óbitos por mil Nascidos Vivos estando abaixo da condição nacional. Entretanto em 2016, uma década depois, o Brasil apresentava 13,3 óbitos por mil Nascidos Vivos e Aracaju 14,89 por mil Nascidos Vivos.

Diante disso, os indicadores estruturais que refletem nas condições de saúde dos municípios de Aracaju tem sido um grande desafio para a gestão, seja pela deficiência nos estabelecimentos de saúde a partir do déficit de estrutura física e recursos humanos ou pelo número insuficiente de equipamentos de saúde que atendam de forma efetiva à população.

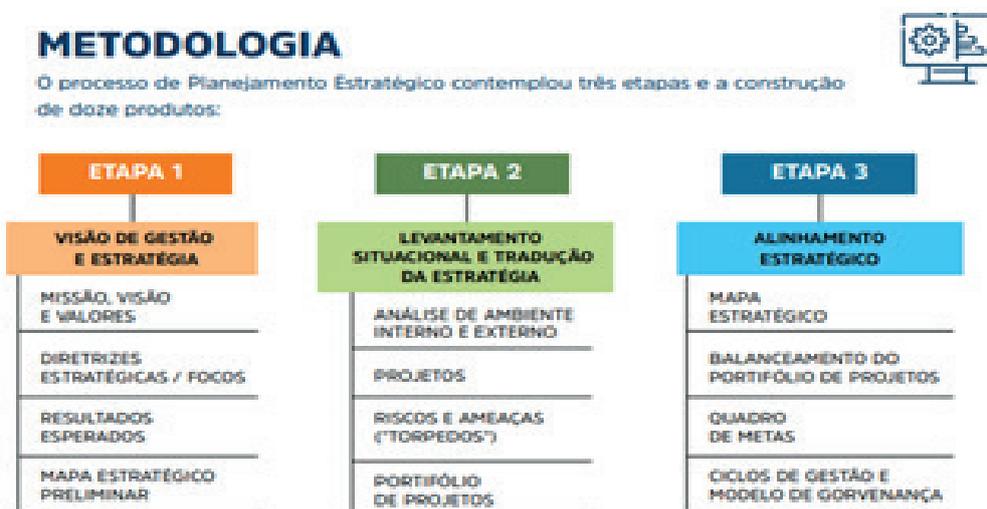
A partir do cenário apresentado acima, este estudo consiste em um relato de

experiência da equipe gestora que atuam na Prefeitura Municipal de Aracaju/Sergipe, por meio da Secretaria Municipal de Saúde de Aracaju e teve como finalidade a organização e articulação das redes de atenção à saúde a partir do planejamento em saúde, a fim de repensar os modelos de gestão e o modelo de atenção à saúde no município de Aracaju.

O primeiro movimento para criação desta modelagem se deu a partir das percepções da Assessoria de Planejamento, da identificação dos problemas no nível de gestão, entendendo que o processo de planejar saúde é vivo e que o processo de trabalho é o campo de prática fundamental para análise e priorização dos problemas. A observação se deu a partir da construção dos projetos estratégicos da Prefeitura Municipal de Aracaju (PMA), que tem como base teórica e estrutural o planejamento estratégico segundo.

A PMA no início da gestão 2017 a 2020 incorporou em seu discurso e como compromisso e lema de governo “TORNAR ARACAJU UMA CIDADE INTELIGENTE, HUMANA E CRIATIVA” e como mecanismo, utilizou o planejamento como a melhor e mais eficaz ferramenta. Assim, em 2017, no início da gestão contratou um técnico especialista em PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO e realizou durante 3 meses oficinas e seminários temáticos com todas as secretarias, participaram em torno de 120 trabalhadores da gestão, dialogando sobre questões fundamentais como: importância da compreensão de planejamento estratégico, transformar o planejamento estratégico como roteiro básico nas práticas cotidianas. Toda mobilização e sensibilização resultou na elaboração e construção de focos, diretrizes, projetos, metas e ações prioritárias para gestão, assim como um sistema online de planejamento com os principais projetos, os quais são monitorados mensalmente pela Secretaria de Governo (SEGOV).

A metodologia utilizada para o desenvolvimentos deste trabalho encontra-se disponível no link [https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2017/seplog/planejamento\\_vs16\\_web.pdf](https://www.aracaju.se.gov.br/userfiles/pdf/2017/seplog/planejamento_vs16_web.pdf) e podemos visualizar na imagem logo abaixo.



DIRETRIZES ESTRATÉGICAS	
<b>FOCO ESTRATÉGICO 1</b>	Tornar Aracaju uma cidade inteligente, humana e criativa.
<b>FOCO ESTRATÉGICO 2</b>	Promover o desenvolvimento urbano e o econômico sustentáveis.
<b>FOCO ESTRATÉGICO 3</b>	Promover o desenvolvimento humano e social.
<b>FOCO ESTRATÉGICO 4</b>	Garantir a excelência na prestação dos serviços públicos e gestão orientada para resultados e para a inovação.
<b>FOCO ESTRATÉGICO 5</b>	Assegurar o protagonismo do município na Gestão e nas Políticas Públicas.

Fonte: <https://www.aracaju.se.gov.br/>

Neste cenário, a Secretaria Municipal de Saúde se deparou com alguns desafios, dentre eles, o mais desafiador foi integrar os instrumentos de gestão (PMS, PAS, RDQA e RAG), com o planejamento estratégico da PMA e com isso discutir qual o modelo de gestão e atenção queremos nesta gestão. Desta forma, a Assessoria de Planejamento iniciou um trabalho de sensibilização da equipe gestora da SMS, bem como da secretária e adjunto para dialogar estes desafios.

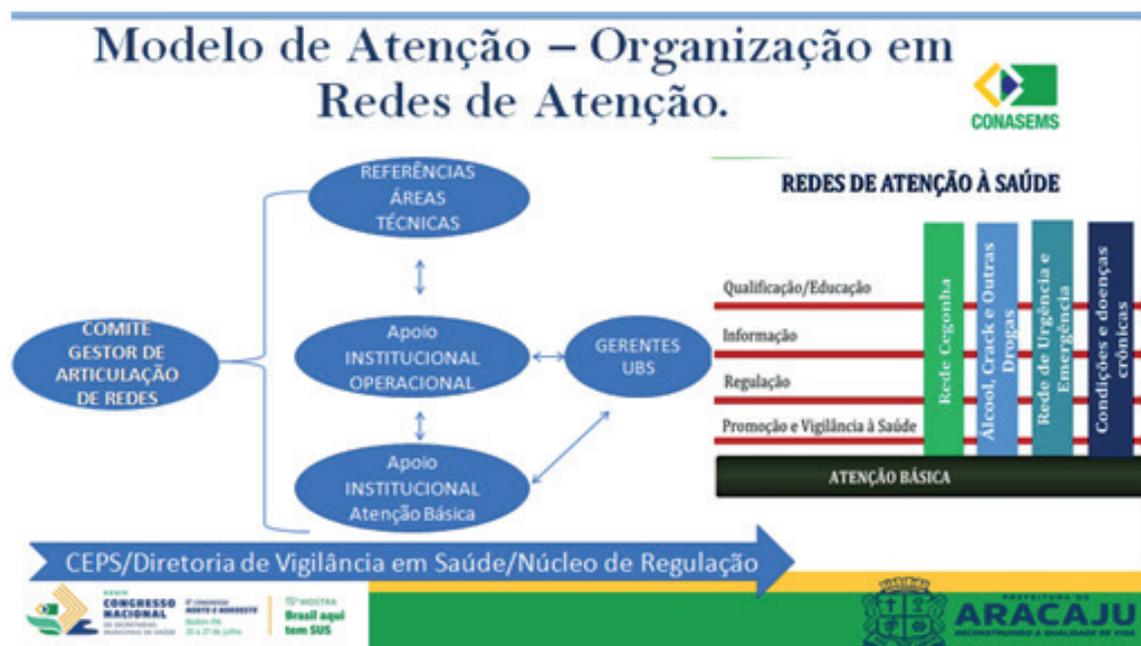
Assim houveram várias rodas de conversas, oficinas e grupos de trabalhos. Um dos grupos realizados foi a Utilização da matriz de SWOT a fim de identificar as fragilidades e os potenciais desta equipe. A partir disso foi possível avaliar o apoio e as referências das redes e programas que compõem a equipe gestora, assim como analisamos o papel do apoio institucional e após a análise e avaliação readequamos as responsabilidades, funções e competências de cada grupo gestor.

Além disso, foi elaborado uma nova modelagem para readequação do modelo de atenção, garantindo a voz e a fala dos técnicos que compõem as equipes gestoras, construindo assim uma gestão mais democrática e compartilhada. As mudanças de prática no modelo de atenção é o que se espera nas próximas etapas desta experiência, pois acredita-se que uma gestão mais próxima dos seus trabalhadores garantindo a motivação no trabalho e a transparência nas ações permitem o fortalecimento das políticas estruturantes que compõe o SUS.

Pensando nisso, a proposta de modelagem para a Gestão foi a criação de um Comitê Gestor de Articulação em Redes, um espaço de diálogo com caráter consultivo e deliberativo, ligado diretamente ao Secretário Adjunto, onde a Atenção Básica, por meio dos apoiadores institucionais coordenaria o processo em conjunto com as Referências Técnicas das Redes Temáticas. Nele de forma transversal estaria o Núcleo de Regulação a fim de garantir os sistemas de apoio e logístico; o Centro de Educação Permanente para garantir as ações de continuidade do cuidado

por meio das ações de qualificação e educação; e a Diretoria de Vigilância que tem como papel de promover ações de promoção e prevenção à SAÚDE.

Não à toa, o modelo apresentado abaixo é comparável com o modelo de atenção pautado pelo Autor Eugênio Vilaça no seu Livro intitulado como Redes de Atenção à Saúde.



Fonte: elaborada pelo autor

Diante disso, acredita-se que os espaços coletivos de elaboração de estratégias de gestão podem mudar modelos de atenção, assim a articulação dos territórios, serviços, logística e regulação do sistema de saúde trará o que chamamos de mudanças de paradigmas, ou simplesmente uma nova visão sobre o cuidado. Assegurando, portanto o cuidado integral que garanta a produção da autonomia dos sujeitos; a continuidade da atenção com foco nas condições crônicas; e a garantia da humanização do atendimento.

Portanto, trata-se de uma proposta que está em fase de implementação, os resultados até então mensurados se deram a partir da observação das posturas e comportamentos dos atores envolvidos na gestão, como: implicação e motivação nos seus núcleos de trabalho, implicação com os gestores parceiros, motivação nas equipes. Entretanto o que se espera com essa estruturação é algo concreto que possibilite mudanças de práticas no trabalhador e conseqüentemente uma saúde produtora do cuidado integrado e equânime. Além disso, espera-se, impactar na organização da rede de atenção à saúde garantindo uma atenção básica resolutive, onde 80% das condições de saúde sejam resolvidas.

Por fim esta experiência nos convocou a repensar nossas práticas a partir da construção de competências, funções e responsabilidades do coletivo de gestores pertencentes à SMS, principalmente na Diretoria de Atenção à Saúde. Possibilitou

ainda, estabelecer instrumentos de avaliação, monitoramento e qualificação desta equipe, a fim de conduzir de forma organizada e coerente o processo de trabalho das equipes. Além disso, permitiu discutir os modelos de atenção à saúde e modelo de gestão adotado pela Secretaria Municipal de Saúde.

## REFERÊNCIAS

- LOBATO, L.V.C.; GIOVANELLA, L. Sistemas de Saúde: origens, componentes e dinâmica. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- LIMA, J.C.F. A política nacional de saúde nos anos 1990 e 2000: na contramão da história?. In: PONTE, C.F.; FALLEIROS, I. (orgs.). Na corda bamba de sombrinha: a saúde no fio da história. Rio de Janeiro: Fiocruz/COC; Fiocruz/EPSJV, 2010. P.277 - 310.
- CARVALHO; CUNHA. A Gestão da atenção na saúde: elementos para se pensar a mudança da organização na saúde. In: CAMPOS ET AL (Orgs) Tratado de Saúde Coletiva. 1 ed. Rio de Janeiro: Editora Hucitec, 2006.
- TEIXEIRA, C. F. S. VILASBOAS, A. L. Q. (2013) Modelos de atenção à saúde no SUS: transformação, mudança ou conservação? Universidade Federal da Bahia, [dissertação] Universidade Federal da Bahia.
- PAIM J.S. Modelos de Atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. (Orgs.). Políticas e Sistema de Saúde no Brasil. 2.ed. ver. e amp. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.
- Albuquerque MV de, Viana AL d'Ávila. Perspectivas de região e redes na política de saúde brasileira. Saúde em Debate [Internet]. 2015;39(spe):28–38. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000500028&lng=en&nrm=iso)
- BRASIL. Decreto 7.508 de 28 de junho de 2011: Regulamentação da Lei nº 8.080/90. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. - 1. Ed., 5. Reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Lei 8.080/89. Lei Orgânica da Saúde.
- SILVIA, Hudson Pacifico; MOTA, Paulo Henrique dos Santos. Regionalização da Saúde e Integração dos Serviços: Evidências Sobre o Atual Estágio de Conformação das Regiões e Redes de Atenção à Saúde na Perspectiva dos Municípios Brasileiros. Novos Caminhos, n.11. Pesquisa Política, Planejamento e Gestão das Regiões e Redes de Atenção à Saúde no Brasil. Disponível em [www.regiaoeredes.com.br](http://www.regiaoeredes.com.br) .
- Sousa LA et al. Acupuntura no Sistema Único de Saúde – uma análise nos diferentes instrumentos de gestão. Ciência & Saúde Coletiva, 22(1):301-310, 2017.
- Mendes VAP, ESTUDO SOBRE O PLANEJAMENTO REGIONAL NOS ESTADOS BRASILEIROS REFERENCIA DA DISSERTAÇÃO; 2016
- Duarte CMR, Pedrosa M de M, Bellido JG, Moreira R da S, Viacava F. Regionalização e desenvolvimento humano: uma proposta de tipologia de Regiões de Saúde no Brasil. Cad Saude Publica [Internet]. 2015;31(6):1163–74. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000200472&lng=pt&tlng=pt)

## **SOBRE O ORGANIZADOR**

**BENEDITO RODRIGUES DA SILVA NETO-** Possui graduação em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado de Mato Grosso (2005), com especialização na modalidade médica em Análises Clínicas e Microbiologia (Universidade Candido Mendes - RJ). Em 2006 se especializou em Educação no Instituto Araguaia de Pós graduação Pesquisa e Extensão. Obteve seu Mestrado em Biologia Celular e Molecular pelo Instituto de Ciências Biológicas (2009) e o Doutorado em Medicina Tropical e Saúde Pública pelo Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (2013) da Universidade Federal de Goiás. Pós-Doutorado em Genética Molecular com concentração em Proteômica e Bioinformática (2014). O segundo Pós doutoramento foi realizado pelo Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Ciências Aplicadas a Produtos para a Saúde da Universidade Estadual de Goiás (2015), trabalhando com o projeto Análise Global da Genômica Funcional do Fungo *Trichoderma Harzianum* e período de aperfeiçoamento no Institute of Transfusion Medicine at the Hospital Universitätsklinikum Essen, Germany. Seu terceiro Pós-Doutorado foi concluído em 2018 na linha de bioinformática aplicada à descoberta de novos agentes antifúngicos para fungos patogênicos de interesse médico. Palestrante internacional com experiência nas áreas de Genética e Biologia Molecular aplicada à Microbiologia, atuando principalmente com os seguintes temas: Micologia Médica, Biotecnologia, Bioinformática Estrutural e Funcional, Proteômica, Bioquímica, interação Patógeno-Hospedeiro. Sócio fundador da Sociedade Brasileira de Ciências aplicadas à Saúde (SBCSaúde) onde exerce o cargo de Diretor Executivo, e idealizador do projeto “Congresso Nacional Multidisciplinar da Saúde” (CoNMSaúde) realizado anualmente, desde 2016, no centro-oeste do país. Atua como Pesquisador consultor da Fundação de Amparo e Pesquisa do Estado de Goiás - FAPEG. Atuou como Professor Doutor de Tutoria e Habilidades Profissionais da Faculdade de Medicina Alfredo Nasser (FAMED-UNIFAN); Microbiologia, Biotecnologia, Fisiologia Humana, Biologia Celular, Biologia Molecular, Micologia e Bacteriologia nos cursos de Biomedicina, Fisioterapia e Enfermagem na Sociedade Goiana de Educação e Cultura (Faculdade Padrão). Professor substituto de Microbiologia/Micologia junto ao Departamento de Microbiologia, Parasitologia, Imunologia e Patologia do Instituto de Patologia Tropical e Saúde Pública (IPTSP) da Universidade Federal de Goiás. Coordenador do curso de Especialização em Medicina Genômica e Coordenador do curso de Biotecnologia e Inovações em Saúde no Instituto Nacional de Cursos. Atualmente o autor tem se dedicado à medicina tropical desenvolvendo estudos na área da micologia médica com publicações relevantes em periódicos nacionais e internacionais. Contato: dr.neto@ufg.br ou neto@doctor.com

## ÍNDICE REMISSIVO

### A

Alfabetização em saúde 164, 165, 166

Anticoncepção 35

Assistência 7, 9, 30, 31, 34, 43, 62, 63, 64, 72, 73, 92, 106, 110, 116, 121, 122, 126, 135, 136, 139, 141, 153, 165, 181, 250, 267, 286, 300, 307, 308

Assistência a idosos 165

Assistência de enfermagem 63, 64, 121, 122, 126, 135, 136, 139

Atenção básica 287

Atenção primária 300, 327

Atenção primária à saúde 327

Atividade física 317

Autocuidado 53, 99, 118, 120

Avaliação nutricional 258, 266, 267, 299

### B

Banco de leite humano 180

Benefícios 85, 255

Benzodiazepínicos 300, 303, 305, 307, 308, 309

Biomédico 176

Brasil 10, 13, 10, 11, 12, 14, 16, 17, 18, 19, 23, 30, 31, 32, 33, 34, 42, 43, 47, 55, 60, 70, 72, 80, 85, 92, 93, 95, 97, 104, 105, 106, 109, 110, 115, 116, 119, 122, 123, 129, 137, 147, 148, 151, 165, 166, 167, 171, 172, 173, 174, 175, 181, 182, 188, 191, 193, 201, 214, 215, 216, 220, 221, 223, 224, 226, 231, 232, 233, 237, 239, 246, 247, 249, 251, 253, 258, 265, 266, 277, 278, 280, 282, 286, 291, 293, 294, 298, 300, 302, 303, 305, 312, 316, 323, 324, 326, 330

### C

Colostomia 118, 120, 121, 126

Cuidado pré-natal 25, 33

Cuidadores 181, 183, 188, 190

Cuidados de enfermagem 63, 110, 116, 129

### D

Determinantes sociais da saúde 103

Doença crônica 165

Dor 153, 155, 156, 160, 163

## **E**

Educação em saúde 74, 116, 151, 174, 193, 224

Eficácia 86

Enfermagem 24, 27, 42, 43, 45, 46, 48, 52, 53, 56, 57, 59, 62, 63, 64, 85, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 126, 127, 128, 134, 135, 139, 140, 143, 153, 161, 162, 163, 174, 181, 189, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 212, 223, 224, 247, 248, 249, 252, 255, 266, 268, 276, 287, 309, 310, 311, 316, 331

Enfermeiro 128, 140, 143, 147, 153

Exercício físico 289

## **F**

Funcionalidade 94, 104

## **G**

Gestantes 31, 65

Gravidez 25, 129

## **H**

Hipertensão 106, 137, 169

Homofobia 151

Humanização 31, 72, 110, 114, 276

## **I**

Idosos 94

Infecções sexualmente transmissíveis 239

## **M**

Mitos 65, 69, 70

Modelos de dispensação 90

Morbidade 190, 203

## **N**

Neonatal 202, 203, 208, 209, 211, 212, 213, 251, 253

## **P**

Parto 25, 255, 276

Parto humanizado 276

Perfil epidemiológico 79, 300

Pessoal de saúde 45

Planejamento 35, 36, 37, 43, 140, 226, 230, 234, 235, 237, 287  
Planejamento familiar 43  
Política de saúde 12  
Pré-eclâmpsia 129, 135, 137  
Pré-natal 31, 33, 65, 72, 73, 74  
Prevenção 22, 53, 243  
Promoção da saúde 104, 201  
Prostituição 214

## Q

Qualidade de vida 104, 191, 192

## R

Redução do dano 12  
Regionalização 226, 227, 231, 237  
Risco 45, 47, 51, 53

## S

Saúde 2, 5, 1, 2, 3, 4, 7, 9, 10, 11, 12, 20, 23, 24, 25, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 55, 57, 64, 65, 67, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 82, 84, 85, 92, 93, 94, 96, 97, 101, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 110, 114, 115, 116, 118, 120, 121, 127, 128, 129, 131, 133, 137, 138, 140, 146, 147, 151, 152, 155, 161, 164, 168, 169, 170, 171, 174, 175, 176, 180, 181, 190, 191, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 214, 221, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 239, 240, 241, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 255, 259, 260, 264, 265, 266, 267, 273, 274, 276, 277, 278, 279, 280, 285, 286, 287, 291, 297, 298, 299, 307, 308, 309, 310, 317, 318, 319, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 329, 330, 331  
Saúde bucal 65  
Saúde da mulher 128  
Saúde do adolescente 146  
Saúde do homem 286, 287  
Saúde mental 12  
Sepse 203  
Sinais vitais 153

## V

Vigilância da saúde pública 258  
Visita domiciliar 193, 201  
Vulnerabilidade social 45

Agência Brasileira do ISBN  
ISBN 978-85-7247-598-3

