

Bases Conceituais da **Saúde 2**

Elisa Miranda Costa
(Organizadora)

Atena
Editora
Ano 2019

Elisa Miranda Costa

(Organizadora)

Bases Conceituais da Saúde

2

Atena Editora

2019

2019 by Atena Editora

Copyright © da Atena Editora

Editora Chefe: Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Diagramação e Edição de Arte: Lorena Prestes e Geraldo Alves

Revisão: Os autores

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Alan Mario Zuffo – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
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
Profª Drª Cristina Gaio – Universidade de Lisboa
Prof. Dr. Constantino Ribeiro de Oliveira Junior – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Daiane Garabeli Trojan – Universidade Norte do Paraná
Prof. Dr. Darllan Collins da Cunha e Silva – Universidade Estadual Paulista
Profª Drª Deusilene Souza Vieira Dall’Acqua – Universidade Federal de Rondônia
Prof. Dr. Eloi Rufato Junior – Universidade Tecnológica Federal do Paraná
Prof. Dr. Fábio Steiner – Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Gilmei Fleck – Universidade Estadual do Oeste do Paraná
Profª Drª Girlene Santos de Souza – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Profª Drª Ivone Goulart Lopes – Istituto Internazionele delle Figlie de Maria Ausiliatrice
Profª Drª Juliane Sant’Ana Bento – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Prof. Dr. Julio Candido de Meirelles Junior – Universidade Federal Fluminense
Prof. Dr. Jorge González Aguilera – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Profª Drª Lina Maria Gonçalves – Universidade Federal do Tocantins
Profª Drª Natiéli Piovesan – Instituto Federal do Rio Grande do Norte
Profª Drª Paola Andressa Scortegagna – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Profª Drª Raissa Rachel Salustriano da Silva Matos – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Ronilson Freitas de Souza – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Takeshy Tachizawa – Faculdade de Campo Limpo Paulista
Prof. Dr. Urandi João Rodrigues Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof. Dr. Valdemar Antonio Paffaro Junior – Universidade Federal de Alfenas
Profª Drª Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Profª Drª Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – Universidade Federal do Tocantins

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)

B299 Bases conceituais da saúde 2 [recurso eletrônico] / Organizadora
Elisa Miranda Costa. – Ponta Grossa (PR): Atena Editora, 2019.
– (Bases Conceituais da Saúde; v. 2)

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia.

ISBN 978-85-7247-133-6

DOI 10.22533/at.ed.336191502

1. Cuidados primários de saúde. 2. Política de saúde. 3. Sistema
Único de Saúde. I. Costa, Elisa Miranda. II. Série.

CDD 362.1

Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de
responsabilidade exclusiva dos autores.

2019

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.

www.atenaeditora.com.br

APRESENTAÇÃO

A atenção primária à saúde é marcada por diferentes abordagens, portanto não há uniformidade, quanto ao conceito. Existem quatro linhas principais de interpretação: programa focalizado e seletivo, com cesta restrita de serviços; serviços ambulatoriais médicos especializados de primeiro contato, incluindo ou não amplo espectro de ações de saúde pública e de serviços clínicos direcionados a toda a população; abrangente ou integral como uma concepção de modelo assistencial de organização do sistema de saúde; filosofia que orienta os processos emancipatórios pelo direito universal à saúde.

No Brasil, implementação da Atenção Primária em Saúde não se desenvolveu de maneira uniforme. Porém, foi durante a década de 70, diante da crise econômica, das altas taxas de mortalidade que a configuração do sistema de saúde brasileiro e a concepção de seguro social passaram a ser questionadas dentro das universidades e pela sociedade civil.

Com a reestruturação da política social brasileira, entrou em voga, o modelo de proteção social abrangente, justo, equânime e democrático. A saúde passa a ser um direito social e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação. A Constituição Federal de 1988 aponta como princípios e diretrizes do SUS: a universalidade, descentralização, integralidade da atenção, resolutividade, humanização do atendimento e participação social.

A Estratégia de Saúde da Família foi criada como eixo prioritário do SUS, com o objetivo de estabelecer a integração e promoção das atividades em um território definido. Atualmente é considerada a porta de entrada principal da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo o ponto de interlocução entre os demais níveis do sistema de saúde.

Apesar do aumento do acesso e da oferta dos serviços de saúde no Brasil, existe uma disparidade na implementação de uma atenção primária integral no país, pautado no desenvolvimento de ações comunitárias e mediação de ações intersetoriais para responder aos determinantes sociais da doença e promover saúde.

Diante do exposto, ao longo deste volume discutiremos a Atenção Primária à Saúde, abordando diversas nuances como: aspectos históricos, a interlocução com as pesquisas avaliativas, a transversalidade com as diversas políticas de saúde, o caminho percorrido até aqui e os desafios que ainda persistem na Atenção Primária.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1	1
A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM UMA COMUNIDADE PERIFÉRICA, EM BELÉM-PA: AUSÊNCIA DE POLÍTICAS PÚBLICAS EM SAÚDE, COMO EM FOCO	
<i>Sabrina Souza Araújo</i> <i>Alisson Bruno Leite Lima</i> <i>Thaís de Almeida Costa</i> <i>Fabiano da Silva Medeiros</i> <i>Voyner Ravena-Cañete</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915021	
CAPÍTULO 2	7
A INSERÇÃO DO PRONTUÁRIO ELETRÔNICO NA REALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE BRASILEIROS: AS DIFICULDADES NA PRESERVAÇÃO DO SIGILO MÉDICO	
<i>Raíssa Josefa Pereira de Moura</i> <i>Lourenço de Miranda Freire Neto</i> <i>Raíssa Medeiros Palmeira de Araújo</i> <i>Renata Karine Pedrosa Ferreira</i> <i>Adrian Bessa Dantas</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915022	
CAPÍTULO 3	15
ANÁLISE EPIDEMIOLÓGICA DAS INTERNAÇÕES DE IDOSOS POR CONDIÇÕES SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE EM PERNAMBUCO NO PERÍODO DE 2012 A 2016	
<i>Victoria Farias do Nascimento</i> <i>Marília Gabrielle Santos Nunes</i> <i>Laryssa Grazielle Feitosa Lopes</i> <i>Antonio Flaudiano Bem Leite</i> <i>Edson Hilan Gomes de Lucena</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915023	
CAPÍTULO 4	29
APROXIMAÇÃO DA AVALIAÇÃO DAS PESQUISAS EM SAÚDE: UMA REVISÃO INTEGRATIVA SOBRE O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE E SUAS INTERFACES COM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	
<i>Tayná Vieira da Silva</i> <i>Maria Raquel Rodrigues Carvalho</i> <i>Maria Salete Bessa Jorge</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915024	
CAPÍTULO 5	42
AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL DE MULHERES ATENDIDAS PELO PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DE BELÉM-PA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Ana Beatriz Praia</i> <i>Adalgisa Gabriela dos Santos Guimarães</i> <i>Matheus Cruz</i> <i>Thayana de Nazaré Araújo Moreira</i>	
DOI 10.22533/at.ed.3361915025	

CAPÍTULO 6 48

CONTRIBUIÇÕES DA MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE PARA A DISCUSSÃO DA AMPLIAÇÃO DAS BASES CONCEITUAIS DA SAÚDE

Juliana da Rosa Wendt

Hildegard Hedwig Pohl

DOI 10.22533/at.ed.3361915026

CAPÍTULO 7 61

DIMENSIONAMENTO DE PESSOAL DE ENFERMAGEM E OS DESAFIOS DA UTILIZAÇÃO DO SISTEMA DE CLASSIFICAÇÃO DE PACIENTES DE ACORDO COM A RESOLUÇÃO COFEN Nº 293/2004

Rafael Dos Santos Borges

Maria de Nazaré de Sousa Moura

Marayza Pinheiro Nunes

DOI 10.22533/at.ed.3361915027

CAPÍTULO 8 65

DOMÍNIOS DE COMPETÊNCIAS DA ADVOCACIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE: DESAFIO PARA A ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Eduarda Maria Duarte Rodrigues

Gláucia Margarida Bezerra Bispo

Camila Almeida Neves de Oliveira

Edilson Rodrigues de Lima

Cristiane Gonçalves Araújo

DOI 10.22533/at.ed.3361915028

CAPÍTULO 9 77

ESTUDO SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO FARMACOLÓGICO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA EM UMA UNIDADE DE SAÚDE DA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE BELÉM, PARÁ, BRASIL

Fabio Daniel Pereira Sampaio

Suann Quemel Mesquita

Murilo Oliveira Pollhuber

Lenita Mayumi Ramos Sasaki

Maria Do Socorro Castelo Branco de Oliveira Bastos

DOI 10.22533/at.ed.3361915029

CAPÍTULO 10 81

FATORES ASSOCIADOS NA ADESÃO AO TRATAMENTO MEDICAMENTOSO DE PACIENTES CADASTRADOS NO HIPERDIA DA UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA (USF) DJALMA DE HOLANDA CAVALCANTE EM RECIFE-PE

Pablo Nunes Teles de Mendonça

Leonardo José Vieira Queiroz Filho

Antonio Malan dos Santos Nascimento

Tássio Martins de Oliveira

Lucas Dantas de Oliveira

Domingos Sávio Barbosa de Melo

DOI 10.22533/at.ed.33619150210

CAPÍTULO 11 94

FORMAÇÃO INTERSETORIAL EM LINHA DE CUIDADO PARA A ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA

Maria das Dores Lima
Maria Cláudia de Freitas Lima
Adriano Rodrigues de Souza

DOI 10.22533/at.ed.33619150211

CAPÍTULO 12 109

INTERDISCIPLINARIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA: ANÁLISE SOB A ÓTICA DE ESTUDANTES DA ÁREA DA SAÚDE

Vanessa dos Santos Silva
Ruhama Beatriz da Silva
Ruty Thaís Silva de Medeiros
Roberto Mendes Júnior
Lorena Oliveira de Souza
Robson Marciano Souza da Silva
Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva
Arysleny de Moura Lima
Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150212

CAPÍTULO 13 117

JUSTIÇA DISTRIBUTIVA E SAÚDE: DE JOHN RAWLS A NORMAN DANIELS

Plínio José Cavalcante Monteiro
Talita Cavalcante Arruda de Moraes

DOI 10.22533/at.ed.33619150213

CAPÍTULO 14 126

MORTALIDADE INFANTIL POR CAUSAS EVITÁVEIS NAS MESORREGIÕES DA PARAÍBA NO PERÍODO DE 2004 A 2014

Thainá Rodrigues Evangelista
Valéria Falcão da Silva Freitas Barros
Antonio Araujo Ramos Neto
João Lucas Gonçalves Monteiro
Maria Cristina Rolim Baggio

DOI 10.22533/at.ed.33619150214

CAPÍTULO 15 142

MUNICIPALIZAÇÃO DE SETORES REGULADOS PELA VIGILÂNCIA SANITÁRIA: PANORAMA DAS DROGARIAS DO MUNICÍPIO DE GOIANA – PE

Rômulo Moreira dos Santos
Marisa Torres de Moura Agra

DOI 10.22533/at.ed.33619150215

CAPÍTULO 16 147

O EMPODERAMENTO DO CUIDADO DA POPULAÇÃO IDOSA AMAZÔNICA

Vanessa Alessandra Freitas de Moraes
Fabianne de Jesus Dias de Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150216

CAPÍTULO 17 152

O FORTALECIMENTO DO VÍNCULO PARA O DESENVOLVIMENTO DOS SISTEMAS DE SAÚDE ORIENTADOS PELA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Viviane Gonçalves Barroso
Cláudia Maria de Mattos Penna

DOI 10.22533/at.ed.33619150217

CAPÍTULO 18 163

ESTÁGIO SUPERVISIONADO DE ENFERMAGEM NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA DE CUITÉ-PB: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thaila Carla Freire de Oliveira
Débora Thaíse Freires de Brito

DOI 10.22533/at.ed.33619150218

CAPÍTULO 19 171

PERFIL DA MORTALIDADE NA REDE MATERNO INFANTIL SEGUNDO A EVITABILIDADE DOS ÓBITOS INFANTIS: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Ana Carolina Ribeiro Tamboril
Lucas Dias Soares Machado
Fernanda Maria Silva
Aliniana da Silva Santos
Maria Corina Amaral Viana

DOI 10.22533/at.ed.33619150219

CAPÍTULO 20 177

PREVALÊNCIA DE HIPOVITAMINOSE D NO SUL DO BRASIL: INFLUÊNCIA DA SAZONALIDADE

Michelle Lersch
Diene da Silva Schlikmann
Juliano de Avelar Breunig
Sílvia Isabel Rech Franke
Daniel Prá

DOI 10.22533/at.ed.33619150220

CAPÍTULO 21 189

PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA E A ATUAÇÃO DO TERAPEUTA OCUPACIONAL NO NÚCLEO DE APOIO À SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Rogéria Pimentel de Araujo Monteiro
Samara Machado Paiva

DOI 10.22533/at.ed.33619150221

CAPÍTULO 22 195

PROPOSTA MULTIDISCIPLINAR DE APOIO À CESSAÇÃO DO TABAGISMO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Alaine Santos Parente
Fábia Maria de Santana
Fabiola Olinda de Souza Mesquita

DOI 10.22533/at.ed.33619150222

CAPÍTULO 23 203

QUESTÕES DE SAÚDE NA COMUNIDADE QUILOMBOLA DE TIJUAÇU, SENHOR DO BONFIM – BA

Eliana do Sacramento de Almeida

Carmélia Aparecida Silva Miranda

DOI 10.22533/at.ed.33619150223

CAPÍTULO 24 218

RECOMENDAÇÕES DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA A POPULAÇÃO QUILOMBOLA

Gabriela de Nazaré e Silva Dias

Jamilly Nunes Moura

John Lucas da Silva Almeida

Suelen Gaia Epifane

Ana Caroline Guedes Souza Martins

Danielly Amaral Barreto

Leticia Almeida de Assunção

Letícia Gemyrna Serrão Furtado

Manuela Furtado Veloso de Oliveira

Marllon Rodrigo Sousa Santos

Thyago Douglas Machado

DOI 10.22533/at.ed.33619150224

CAPÍTULO 25 224

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Antônia Luana Diógenes

Carlíane Vanessa Souza Vasconcelos

Juliana Moita Leão

Maria Raquel da Silva Lima

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

DOI 10.22533/at.ed.33619150225

CAPÍTULO 26 233

TERRITORIALIZAÇÃO NA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DO AGENTE COMUNITÁRIO NESSE PROCESSO: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Vanessa dos Santos Silva

Ruty Thaís Silva de Medeiros

Roberto Mendes Júnior

Ruhama Beatriz da Silva

Lorena Oliveira de Souza

Robson Marciano Souza da Silva

Ylanna Kelaynne Lima Lopes Adriano Silva

Arysleny de Moura Lima

Fabiano Limeira da Silva

DOI 10.22533/at.ed.33619150226

CAPÍTULO 27	241
UTILIZAÇÃO DE INDICADORES DE AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA RELACIONADOS AO USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS EM UM SERVIÇO DE FARMÁCIA DO MUNICÍPIO DE MACEIÓ – AL	
<i>Cláudia Cristina Nóbrega de Farias Aires</i> <i>Bianca Pereira Rodrigues</i> <i>Katiane Mota da Silva</i> <i>Mayara Carolina Nunes Sandes</i> <i>Sabrina Joany Felizardo Neves</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150227	
CAPÍTULO 28	249
VISIBILIDADE DA VIOLÊNCIA DE GRUPOS VULNERÁVEIS NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COM ÊNFASE NA PESSOA IDOSA: RELATO DE EXPERIÊNCIA	
<i>Maria Elda Alves de Lacerda Campos</i> <i>Cícero Natan dos Santos Alves</i> <i>Johanna Dantas Oliveira Freitas</i> <i>Larissa Brito Vieira Diniz</i> <i>Ludimilla da Costa Santos</i> <i>Flávia Emília Cavalcante Valença Fernandes</i> <i>Rosana Alves de Melo</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150228	
CAPÍTULO 29	254
PROGRAMA DE MELHORIA DO ACESSO E DA QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA (PMAQ/AB): UMA ANÁLISE DOS RESULTADOS DE SUA IMPLANTAÇÃO E EFICÁCIA	
<i>Allana Cândida Costa Corrêa</i> <i>Deborah Shari Toth Modesto</i> <i>Denille Silva de Oliveira</i> <i>Raelyn Amorim Gama</i> <i>Rafael dos Santos Borges</i>	
DOI 10.22533/at.ed.33619150229	
SOBRE A ORGANIZADORA	258

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE EM SOBRAL-CE: VIVÊNCIAS DE UMA EQUIPE DE RESIDÊNCIA MULTIPROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Antônia Sheilane Carioca Silva

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Antônia Luana Diógenes

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Carliane Vanessa Souza Vasconcelos

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,

Juliana Moita Leão

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

Maria Raquel da Silva Lima

Universidade de Fortaleza- UNIFOR,
Fortaleza-CE

Maria Tayenne Rodrigues Sousa

Escola de Formação em Saúde da Família
Visconde de Sabóia – EFSFVS,
Sobral-CE

residentes nas RAS, abordando as dificuldades ainda presentes para a efetivação das RAS na Estratégia de Saúde da Família, destacando ainda as impressões vivenciadas pela equipe de residentes sobre o modelo de atenção na cidade de Sobral. Foi visto a prevalência do diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, lesões por esforços repetitivos e distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho, transtornos mentais, acidente vascular encefálico e artrose, estando entre as doenças crônicas mais comuns na demanda das unidades, acometendo em sua maioria a população idosa. Nesse cenário, ainda foi possível verificar práticas fragmentadas, com foco nas doenças e na medicalização. Estas práticas podem ser identificadas tanto nos comportamentos de alguns profissionais de saúde, como em grande parte da população, que prioriza atendimentos individuais e o uso contínuo de medicação, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde. Com isso, percebemos a necessidade de trabalharmos através das RAS, transferindo nosso olhar para as condições crônicas, percebendo o número crescente de idosos nos territórios, favorecendo a continuidade, responsabilização e co-responsabilização do cuidado, utilizando o princípio da equidade, priorizando as famílias que vivem em situações de risco e vulnerabilidade, promovendo

RESUMO: A atenção primária é vista como coordenadora das redes de atenção à saúde (RAS) exatamente por estar mais próxima da comunidade, representar a porta de entrada do sistema de saúde, compreender a demanda existente e as necessidades de determinada população. Assim, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivida por uma equipe de Bases Conceituais da Saúde 2

acessibilidade das ações de saúde a esses usuários

PALAVRAS-CHAVE: Estratégia Saúde da Família. Residência Multiprofissional. Redes de Atenção à Saúde.

ABSTRACT: Primary attention is seen as a coordinator of the health care networks (RAS) precisely because it is closer to the community, representing the gateway of the health system, understanding the existing demand and the needs of a particular Population. thus, The objective of this study was to report the experience experienced by a team of residents in the ras, addressing the difficulties still present for the effectiveness of the RAS in the family health strategy, highlighting still the impressions experienced by the team of Residents on the attention model in the city of Sobral. It has been seen the prevalence of diabetes, hypertension, obesity and overweight, repetitive stress injuries and work-related musculoskeletal disorders, mental disorders, stroke and arthrosis, being among chronic diseases More common in the demand of the units, mostly affecting the elderly Population. In this scenario, it was still possible to check for fragmented practices, with a focus on disease and Medicalization. These practices can be identified both in the behaviors of some health professionals, as in most of the population, which prioritizes individual attendances and the continuous use of medication, to the detriment of the actions of prevention and health Promotion. With this, we perceive the need to work through the RAS, transferring our gaze to the chronic conditions, perceiving the growing number of elderly people in the territories, favouring continuity, accountability and responsibility of care , using the principle of fairness, prioritizing families living in situations of risk and vulnerability, promoting accessibility of health actions to these users

KEYWORDS: Family Health Strategy. Multiprofessional Residency. Health Care Networks.

1 | INTRODUÇÃO

As Redes de Atenção à Saúde (RAS) de acordo com Mendes (2011) são organizações assistenciais conectadas entre si, coordenadas pela atenção primária, visando fornecer uma atenção integral e continuada a uma população de acordo com suas necessidades. O mesmo destaca a atenção primária como coordenadora das redes de atenção à saúde exatamente por estar mais próxima da comunidade, representar a porta de entrada do sistema de saúde, compreender a demanda existente e as necessidades de determinada população. Com isso, a atenção primária irá atuar organizando o fluxo assistencial, acompanhando o usuário no caminho percorrido dentro das redes, responsabilizando-se pela continuidade do cuidado após o retorno do mesmo para a comunidade.

Rouquayrol (2008) diz que a Estratégia Saúde da Família (ESF) representa o primeiro contato do usuário com o sistema de saúde, planejando e desenvolvendo suas ações de acordo com a necessidade de saúde da população adscrita. Assim as

ações integradas aplicadas pela ESF devem ser executadas de forma interdisciplinar entre as equipes de saúde, correspondendo uma importante ferramenta para o empoderamento e ampliação do conhecimento da comunidade adscrita. (SOUZA *et al.*, 2014).

Conforme Brasil (2012), os princípios da atenção básica, compreendem a responsabilização, continuidade do cuidado, integralidade, universalidade, equidade, acessibilidade, responsabilização, humanização e participação social, sendo possível perceber que esses princípios conversam justamente com a proposta das RAS, pois, coloca a atenção primária a saúde como principal ator na responsabilização e continuidade do cuidado aos usuários.

Segundo Mendes (2011), as RAS são constituídas em três elementos fundamentais: uma população, representando o primeiro elemento das redes; uma estrutura operacional, constituída pelo centro de comunicação, que é a Atenção Primária em Saúde (APS); pontos de atenção secundário e terciário, sistemas de apoio e um modelo de atenção à saúde como último elemento, representando a atenção assistencial voltada as condições agudas e crônicas.

Podemos perceber diante das definições abordadas que essas redes de atenção à saúde são arranjos de serviços que conversam entre si, com objetivo de fornecer uma assistência integral a uma população, priorizando a continuidade do cuidado.

Porém essa continuidade do cuidado ainda se encontra de certa forma fragilizada, pois o sistema de saúde realiza suas ações seguindo a lógica das condições agudas, caracterizada por procedimentos pontuais de curto período e cura posterior, inviabilizando a efetividade e resolutividade das ações de saúde para as condições crônicas que estão em ascendência, principalmente em decorrência do envelhecimento da população. “A velocidade do envelhecimento populacional no Brasil será significativamente maior do que a que ocorreu nas sociedades mais desenvolvidas no século passado” (VERAS, 2012, p. 1834). Portanto o Brasil precisa preparar-se para assistir esses idosos, principalmente no âmbito da saúde, tornando necessário um redimensionamento das ações de saúde para as condições clínicas crônicas, sendo estas, os eventos mais presentes na população idosa. De acordo com o censo demográfico (2010) dentre as principais mudanças que ocorreram atualmente no Brasil, destaca-se a tendência ao envelhecimento da população, resultante da diminuição das taxas de fecundidade e mortalidade e conseqüente mudança na pirâmide populacional (IBGE, 2014, p.54). Diante do exposto, entende-se como primordial para a atuação em redes, o trabalho multiprofissional na Estratégia Saúde da Família (ESF).

Nos territórios dos (CSF) dos bairros Dom José e Padre Ibiapina, conhecidos como Coelce e Alto do Cristo, é possível perceber a prevalência das condições crônicas e a grande quantidade de idosos que necessitam de assistência, embora os adultos jovens ainda representem a população mais numerosa nos bairros, sendo estes também acometidos por essas enfermidades. Porém, sabemos que com o processo acelerado de envelhecimento da população, o número de idosos irá triplicar,

sendo necessário uma modificação na organização da assistência à saúde que ainda está voltada para as condições agudas, devendo pensar em novos meios de acompanhamento e continuidade desse cuidado.

Para tanto, este trabalho versa sobre a atuação e a vivência de uma equipe de residentes multiprofissionais em Saúde da Família, composta por Assistente social, Enfermeira, Fisioterapeuta, Nutricionista e Psicóloga atuantes na APS de Sobral-CE.

A equipe de residentes multiprofissionais em Saúde da Família atuante nos territórios dos Centro de Saúde da Família (CSF) dos bairros Alto do Cristo e Coelce no município de Sobral – Ceará, atuaram por meio das RAS no período de abril a julho de 2016. Desta forma, o objetivo deste estudo foi relatar a experiência vivida por uma equipe de residentes nas RAS, abordando as dificuldades ainda presentes para a efetivação das RAS na ESF, destacando ainda as impressões vivenciadas pela equipe de residentes sobre o modelo de atenção na cidade de Sobral.

2 | REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E RESIDÊNCIA MULTIRPROFISSIONAL

Neste século, atravessamos um período de transição demográfica e epidemiológica, com baixas taxas de fecundidade e aumento da expectativa de vida, estando à pirâmide etária brasileira em formato triangular invertido até 2030, característica de sociedades envelhecidas (MENDES, 2010).

Mas em conjunto com esse aumento da expectativa de vida, vem o diabetes, hipertensão, obesidade e sobrepeso, lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho (DORT), transtornos mentais, acidente vascular encefálico (AVE) e artrose, estão entre as doenças crônicas mais comuns na demanda das unidades, acometendo em sua maioria a população idosa. Sendo assim, é indispensável a articulação intersetorial, a condução dos usuários para os equipamentos sociais disponíveis no território de acordo com sua necessidade, e o desenvolvimento de medidas que garantam a acessibilidade dos mesmos aos serviços de saúde, objetivando a melhora da sua qualidade de vida.

Além disso, é indispensável observar os usuários na sua integralidade, desde aspectos sociais, ambientais, ocupacionais aos clínicos, pois muitas vezes o paciente não possui condições socioeconômicas ou físicas para realizar o deslocamento para o serviço especializado, sendo necessário a responsabilização e a realização de medidas que promovam o cuidado e assistência continuada. Entretanto é difícil para os profissionais atenderem a toda demanda presente, sendo necessário utilizar o princípio da equidade, priorizando os casos urgentes e as famílias em situação de risco.

Nos casos em que não é necessário a realização de encaminhamentos para os serviços especializados é possível desenvolver o acompanhamento e buscar orientar os usuários para a realização de atividades necessárias à sua saúde, desenvolvendo

a co-responsabilização do cuidado. Para tanto, verifica-se que as visitas domiciliares, os atendimentos individuais e as atividades grupais são as estratégias mais utilizadas para realização dessa continuidade do cuidado nos Centros de Saúde da Família (CSF).

Nesse cenário, ainda foi possível verificar práticas fragmentadas, com foco nas doenças e na medicalização. Estas práticas podem ser identificadas tanto nos comportamentos de alguns profissionais de saúde, como em grande parte da população, que prioriza atendimentos individuais e o uso contínuo de medicação, em detrimento das ações de prevenção e promoção de saúde.

Segundo Peduzzi (2001), na área da saúde, os profissionais dividem-se em duas categorias: equipe agrupamento e equipe integração. A primeira identifica-se por uma forma fragmentada de agir, não havendo troca de informações entre os agentes. Na segunda, ocorre integração nas ações e compartilhamento de ideias entre os profissionais. Desta forma, esta classificação também poderia ser denominada multidisciplinar e interdisciplinar respectivamente. Atualmente há trabalhos realizados de forma multiprofissional, mas não articulados de forma interativa, com objetivos em comum, onde cada um fica em sua especialidade.

Segundo Neckel (2009), um dos aspectos que mais prejudicam a presença da interdisciplinaridade é a formação profissional, privilegiando o atendimento individual e não a integração com a equipe. Ultimamente, o objetivo é sair da maneira fragmentada do modelo biomédico, e ampliar o olhar para um cuidado mais adequado do usuário dentro do SUS (BRASIL, 2014a). A maneira atual de cuidado parece não alcançar a resolução de problemas, principalmente de doenças crônicas (MOYSÉS; MOYSÉS; KREMPEL, 2004).

A situação epidemiológica é analisada pela carga da doença, com isso diante dessa transição epidemiológica os países em desenvolvimento como o Brasil apresentam a chamada dupla carga de doença, caracterizada pela presença das doenças agudas e rápida ascendência das condições crônicas, estando definida atualmente como tripla carga de doença, decorrente das condições agudas e desnutrição, associada à complexidade das condições crônicas, alimentação inadequada, causas externa e crescente violência, aumentando o desafio do sistema de saúde em fornecer uma assistência efetiva e resolutiva (MENDES, 2011).

Vivenciamos exatamente esse processo de envelhecimento da população e a mudança na prevalência das doenças, deixando de ser em sua maioria doenças infecciosas que exigiam ações de curto período e fácil resolução, passando a serem doenças de longos períodos, progressivas, exigindo uma continuidade das ações e maior espaço de tempo para resolução. Sendo que muitas vezes não é possível resolver, apenas minimizar as incapacidades e limitações, focando em medidas que melhorem a qualidade de vida.

Diante desse cenário de transição epidemiológica e envelhecimento da população brasileira, compreende-se que a proposta de atuar através das RAS é essencial para

invalidar o antigo modelo piramidal de níveis de atenção à saúde e hierarquia entre os níveis primário, secundário e terciário que eram dispostos na pirâmide de acordo com o nível de complexidade.

Esse modelo hierárquico não permitia a existência de diálogo entre os níveis de atenção, estando a atenção terciária e secundária em maior patamar em relação à atenção primária, inviabilizando a continuidade do cuidado e responsabilização pelo usuário no território.

Seguindo a lógica das RAS todos os níveis de atenção são de mesma relevância, estando todas as ações centradas no usuário, favorecendo o diálogo entre os níveis de atenção à saúde, objetivando a resolutividade da necessidade de saúde do usuário e uso de tecnologias leves, sendo a atenção primária, a coordenadora do fluxo e responsável por acompanhar o usuário durante seu percurso nas redes.

Sabemos que a atenção primária à saúde deve ser o centro de comunicação das RAS, coordenadora dos fluxos e contrafluxos, exatamente por ser o dispositivo de saúde mais próximo da população, dispondo os usuários nas redes assistenciais a partir da necessidade de saúde da população adscrita de um território. Deve desempenhar suas ações através do princípio da equidade, priorizando as famílias em situações de risco e em vulnerabilidades, minimizando também os custos com procedimentos especializados, pois atua com foco na promoção e prevenção da saúde, enfatizando a resolutividade e continuidade do cuidado.

O vínculo com as equipes da Atenção Básica deve ser fortificada, sendo o matriciamento essencial na estruturação do desenvolvimento de trabalho dessas equipes (BRASIL, 2012). Os objetivos estimados são entender as fragilidades dos sujeitos, identificar o porquê de tais achados, e estabelecer uma linha de cuidado integrada com os atores, diminuindo as consequências (BRASIL, 2014a; 2014b). Mas para o alcance deles, todos os profissionais devem atuar integralmente, diante das problemáticas em saúde. Para isso, é necessário formações, apoio gestor, integração das redes, momentos de escuta e partilha, e criatividade para enfrentar os obstáculos, inovando com atendimento humanizado (BRASIL, 2014c).

Os pontos de atenção secundário e terciário, representam os dispositivos de maior densidade tecnológica, estando estes concentrados de maneira espacial, divergente da atenção primária, que deve estar disposta. Porém esses pontos dentro da RAS podem trocar informações, favorecendo a resolutividade e continuidade da assistência prestada.

Os sistemas de apoio são lugares institucionais das redes que se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos de apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde (MENDES, 2011, p. 115).

Esses sistemas de apoio diagnóstico nas RAS vão prestar serviços à comunidade através da realização de exames de imagem, ofertando de exames simples aos mais complexos, funcionando como instrumento de organização dos serviços, pois, impede

que os vários pontos de atenção realizem repetidas vezes a solicitação de um mesmo exame, sendo estes realizados de acordo com a necessidade do usuário, reduzindo custos com procedimentos desnecessários.

Mendes (2011) afirma que os modelos de atenção à saúde atualmente ainda estão voltados as condições agudas, como já foi citado anteriormente, fragilizando a continuidade de cuidado e resolutividade das ações, pois ações voltadas para doenças agudas, não serão efetivas em condições crônicas.

É de extrema importância uma reorganização nos processos de trabalho, priorizando ações de promoção e prevenção, sensibilizando os profissionais para a necessidade da responsabilização e continuidade do cuidado diante das condições crônicas.

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), que foi implantada em 2006, busca a equidade e melhoria da qualidade de vida, diminuindo agravos vindos de aspectos sociais, econômicos, políticos, aumentando o cuidado de forma individual e coletiva. Busca promover intervenções na saúde a partir da territorialização, na educação, na vigilância, obtendo parcerias intersetoriais, e participação social (BRASIL, 2014a).

Partindo deste pressuposto, entende-se que é de extrema relevância a prestação de serviço com lógica nas RAS, pois é possível organizar o serviço, favorecendo o diálogo entre os pontos de atenção, reduzindo gastos no SUS com realização de procedimentos desnecessários, desenvolvendo tecnologias que favoreçam e otimizem o acesso do usuário aos serviços de saúde e a identificação dos mesmos.

Com isso, percebemos a necessidade de trabalharmos através das RAS, transferindo nosso olhar para as condições crônicas, percebendo o número crescente de idosos nos territórios, favorecendo a continuidade, responsabilização e coresponsabilização do cuidado, utilizando o princípio da equidade, priorizando as famílias que vivem em situações de risco e vulnerabilidade, promovendo acessibilidade das ações de saúde a esses usuários. Devendo atuar principalmente sob a ótica da promoção da saúde, objetivando o retardo e prevenção das incapacidades e limitações ocasionadas pelas condições crônicas, melhorando a qualidade de vida da população.

Desta forma, a residência em saúde da família atua seguindo a lógica das RAS, desenvolvendo ações centradas no usuário de acordo com sua necessidade em saúde, realizando projetos terapêuticos que é uma ferramenta que propõe organizar a linha de cuidado, entre o serviço de saúde e o usuário, visando as particularidades de cada caso. A troca de estratégias e soma de saberes, potencializa o tratamento. Ele é a junção de intervenções terapêuticas, que se obtém na conversa de uma equipe multidisciplinar, podendo incluir o NASF (BRASIL, 2014c).

O projeto deve promover saúde, de forma integrada e intersetorial, baseando-se na diretrizes do SUS. Buscando contribuir para a promoção da qualidade de vida, também há o Projeto de Saúde no Território (PST), que articula o setor saúde, juntamente com outros equipamentos da comunidade, identificando e potencializando

ações, através dos princípios dos SUS (BRASIL, 2014a). Além disso, deve existir meios de avaliação da progressão desse usuário durante seu percurso nas RAS.

No entanto, apesar da grande importância e necessidade, ainda é difícil trabalhar a intersetorialidade, justamente por essa fragilidade no diálogo e persistência desse modelo hierárquico no fazer dos profissionais, inviabilizando a responsabilização do cuidado pela APS, sendo importante sensibilizar os profissionais acerca da relevância de atuar em redes de atenção à saúde.

Diante dessa realidade, é fundamental implementar um novo arranjo do sistema de atenção à saúde que, além de responder às condições agudas e aos momentos de agudização das condições crônicas nas unidades de pronto-atendimento ambulatorial e hospitalar; faça um segmento contínuo e proativo dos portadores de condições crônicas, sob a coordenação da equipe da atenção primária à saúde, e com o apoio dos serviços de atenção secundária e terciária em rede de atenção, atuando, equilibradamente, sobre os determinantes sociais de saúde (MENDES, 2010).

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012. 110p. (Série E. Legislação em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. **Perspectivas e desafios no cuidado às pessoas com obesidade no SUS: resultados do Laboratório de Inovação no manejo da obesidade nas Redes de Atenção à Saúde**. Brasília, 2014a. 116 p. (Série Técnica Redes Integradas de Atenção à Saúde, v. 10).

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias**. Brasília, 2014b. 26p (Cadernos de Atenção Básica, n. 35).

_____. Ministério da Saúde. **Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília. 116p, 2014c. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Estatísticas de Gênero: Uma análise dos resultados do Censo Demográfico 2010**. Número 33. Rio de Janeiro: IBGE, 2014.

MENDES. Eugênio Vilaça. As redes de atenção à saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. 2010, vol.15, n.5, pp.2297-2305. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005>.

_____. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.: il.

NECKEL, G.L., et al. **Desafios para a ação interdisciplinar na atenção básica: implicações relativas à composição das equipes de saúde da família**. *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 14(Supl.1):1463-1472, 2009.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia**. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v.35, n.1, p. 103-9, 2001.

ROUQUAYROL, M. Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e Saúde**. Rio de Janeiro: Medbook, 2008.

SOUZA, Ana Maria Vitricia de; ABREU, Andreza Miranda de; SOUZA, Antônia Gonçalves de; PEREIRA, Kéury Guimarães; SOUZA, Luís Paulo Souza; FIGUEIREDO, Maria Fernanda Santos; MESSIAS, Romerson Brito; FIGUEIREDO, Tamara. Grupos educativos para idosos na Estratégia Saúde da Família: uma nova perspectiva. **Revista Norte Mineira de Enfermagem**, v.3, n. 2, p.162-169, 2014.

VERAS, Renato Peixoto; CALDAS, Célia Pereira; CORDEIRO, Hesio de Albuquerque. Modelos de atenção à saúde do idoso: repensando o sentido da prevenção. **Revista de Saúde Coletiva**. v.23, n.4, p. 1189-1213, Rio de Janeiro, 2013.

Agência Brasileira do ISBN
ISBN 978-85-7247-134-3

