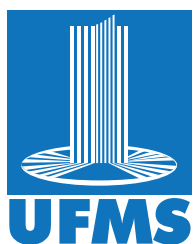




Capacitação de Profissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) do Mato Grosso do Sul



Campo Grande - MS
2013

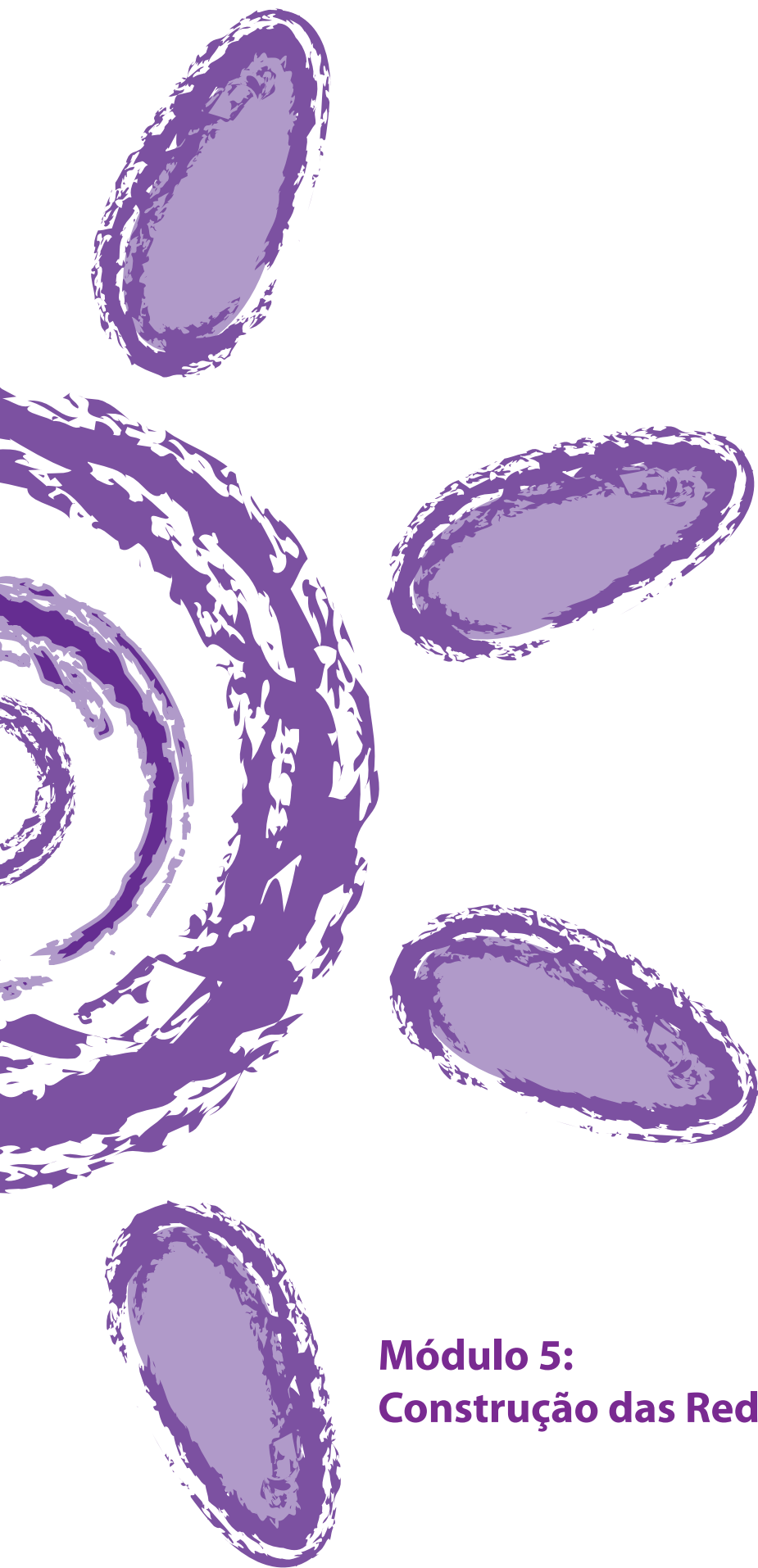


**Capacitação de Profissionais
dos Núcleos de Apoio à Saúde da
Família (NASF) do Mato Grosso do Sul**

Campo Grande - MS
2013

SUMÁRIO

Módulo 5 - Construção das Redes de Atenção à Saúde.....	4
Introdução.....	5
1 - Organização da Atenção	8
2 - Integralidade em Saúde e os modelos Técnico- Assistenciais.....	12
3 - Redes de Atenção à Saúde.....	14
4 - Linha de Cuidado	19
Referências Bibliográficas	22



Módulo 5: Construção das Redes de Atenção à Saúde

AUTORES:

Fernanda Rocco Oliveira
Michele Peixoto Quevedo
Débora Dupas G. Nascimento
Rosani Pagani

Introdução

Diretrizes recentes da Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e Ministério da Saúde (MS) apontam que os Modelos de Atenção à Saúde devem estar voltados a um cuidado integral da população, com garantia de acesso equânime aos serviços e terapêuticas. Busca-se a superação de um sistema fragmentado, voltado a um cuidado biomédico e isolado, com vistas a construir uma rede de cuidados progressivos que oportunize assistência prestada à população, assim como coloca Mendes (2008), no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada.

Atualmente, a organização dos serviços de saúde, em sua grande maioria, ainda apresenta uma forma fragmentada, distribuída em pontos de atenção, onde cada serviço se responsabiliza isoladamente pelo cuidado do paciente e a assistência está orientada à responder casos agudos, focando na eliminação da doença, na cura e na medicalização.

Esse é um desafio a ser superado, pois quando analisamos a complexidade dos problemas de saúde de uma população, podemos evidenciar a necessidade de organização de um sistema **rizomático**¹, ou seja, um sistema construído de forma compartilhada com outros setores e que se articule fluidamente com equipamentos e serviços. Este sistema deve ser capaz de oferecer às pessoas suporte e apoio para que elas possam viver suas vidas com maior qualidade, por meio de um cuidado contínuo, longitudinal e centrado numa clínica que considere os aspectos sociais, culturais, econômicos, afetivos, espirituais etc, ou seja, na perspectiva de uma clínica ampliada.

Para Mendes (2011), os sistemas de atenção à saúde constituem respostas sociais, deliberadamente organizadas, para responder às necessidades, demandas e preferências das sociedades. Eles têm como propósito produzir mudanças numa determina realidade e oferecer melhores condições de vida e de saúde à população. Portanto, a prioridade na organização do sistema de saúde deve ser a atenção integral, incluindo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção aos riscos e agravos e recuperação da saúde.

Essa forma de organização exige articulação entre os serviços que são constituídos por diferentes segmentos sociais, sendo eles profissionais da área da saúde, educação, administração/gestão, e os próprios usuários do sistema. É necessário investir na criação de estratégias de integração entre os serviços e entre as pessoas que o compõe para que possamos oferecer uma assistência corresponsável e também racional naquilo que se refere à aplicação de recursos materiais ou imateriais (tempo dos profissionais, agilidade no resultado da assistência oferecida, eficiência e efetividade, relações interpessoais), pois estaremos mais próximos para conhecer os limites e possibilidades de trabalho de cada setor.

A proposição da construção de Redes de Atenção à Saúde (RAS) vem, nesse sentido, como propõe Mendes (2010), para organizar conjuntos de serviços vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitam ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população.

Trabalharemos mais adiante a definição, os componentes e a estruturação das RAS, porém cabe aqui uma importante reflexão sobre **Qual o lugar do NASF na construção e operacionalização das RAS?**

1 Rizomático – vem da palavra Rizoma, um modelo descritivo ou epistemológico na teoria filosófica de Gilles Deleuze e Félix Guattari. A noção de rizoma foi adotada da estrutura de algumas plantas cujos brotos podem ramificar-se em qualquer ponto, assim como engrossar e transformar-se em um bulbo ou tubérculo. Quer dizer, neste modelo epistemológico, a organização dos elementos não seguem linhas de subordinação hierárquica – com uma base ou raiz dando origem a múltiplos ramos – mas, pelo contrário, qualquer elemento pode afetar ou incidir em qualquer outro, proporcionando transformação e reorganização.

Vimos no Módulo “As possibilidades e o fazer da equipe do Núcleo de Apoio a Saúde da Família” que o NASF tem como desafios trabalhar os processos de cuidado em saúde de modo a desconstruir a lógica do encaminhamento, com base nos processos de referência e contrarreferência, incitando nas equipes de saúde da família (EqSF) um trabalho compartilhado e corresponsável, propiciando a ampliação do olhar, o aumento das possibilidades de intervenção e promovendo acompanhamento longitudinal mais resolutivo e de qualidade. Ou seja, é atribuição do NASF atuar para integrar a Rede de Atenção à Saúde e seus serviços a outras redes sociais e comunitárias presentes no território.

Sendo assim, nesse momento, convido você – profissional do NASF e estudante deste curso – para que reconheça o seu papel junto à equipe de saúde da família. Entenda a responsabilidade política dessa equipe no processo de aprimoramento e ampliação das práticas de saúde produzidas pelos serviços; estabeleça metas e foque seu trabalho com vistas a garantir maior articulação entre as pessoas e os serviços, aumentando assim a capacidade de intervenção da saúde nos problemas da sociedade e proporcionando uma atenção mais integral e resolutiva.

A fim de melhor trabalhar aspectos relacionados às Redes de Atenção à Saúde e sua vinculação com questões da vivência dos profissionais de saúde, propomos o caso de D. Iolanda:

Caso D. Iolanda

D. Iolanda mora na Vila Jacuí, região periférica do Município de Jovanópolis que possui uma população com cerca de 42 mil habitantes, distribuídos em 5 bairros. Vila Jacuí faz parte do Bairro de Vassouras (que possui 8 mil habitantes). A principal característica desse bairro é a dificuldade de transporte. A malha de transporte público da cidade é caracterizada por ônibus e um trem da CPTM que liga os dois bairros mais periféricos da região: Vassouras à Angari. Nesses bairros, vans sem registro atendem a população levando-os até a principal avenida de acesso aos ônibus municipais.

No Bairro de Vassoura, a Vila Jacuí é a mais periférica, porém a mais urbanizada. A Vila possui um mercadinho, uma farmácia, uma casa lotérica, um pequeno comércio de roupas e calçados e uma loja de R\$1,99. Sua população é formada, prioritariamente, por adultos e idosos.

D. Iolanda (56 anos) é mãe de Marta (35 anos), esposa de Sr João (62 anos) e avó de Lucas (4 anos), de Tassiane (12 anos) e de Jonathan (16 anos). Todos moram na mesma casa. O filho mais velho de D. Iolanda foi assassinado após envolvimento com o tráfico de drogas.

O sistema de saúde do município é composto por:

- 5 unidades básicas de saúde (UBS) – 3 delas com Estratégia Saúde da Família (ESF) e 2 unidades básicas sem ESF.
- 1 hospital de média complexidade – referência para Pronto Socorro – Urgência e Emergência (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia, Psiquiatria), Enfermaria (Clínica Médica, Obstetrícia, Pediatria, Traumatologia, Psiquiatria) e Ambulatorial (Cardiologia, pequenas e médias cirurgias, Neurologia, Psiquiatria, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Ultrassonografia e Radiologia).
- 1 Ambulatório de Especialidades – referência para especialidade de Cardiologia, Urologia, Dermatologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologista, além de realizar exames como: Ecocardiograma (ECO), RX, Holter, exames oftalmológicos básicos (fundo do olho, campo visual, ultrassonografia e tomografia da retina), Audiometria e Impedânciometria, Nasofibroscopia .

- 1 Pronto Atendimento (PA) – referência para casos agudos e pequenas cirurgias que não podem ser tratados nas UBS.

Para chegar à UBS mais próxima de sua casa, D. Iolanda tem que andar 3 km (cerca de 20 min) ou pegar 01 van (cerca de 30 min), pois não há rota direta para a unidade. O Bairro Vassouras é o único do município que possui 02 unidades de saúde (01 ESF e 01 sem ESF – com um ginecologista, um pediatra e um clínico que finalizou recentemente residência em cardiologia). D. Iolanda é cadastrada na UBS-ESF e a Agente Comunitária de Saúde de sua microárea é a Bete. Porém, a UBS sem ESF é mais próxima para ela, pois fica localizada dentro da Vila Jacuí.

Em 04 de novembro de 2012 D. Iolanda não se sentiu bem, apresentou tontura, enjoo e fortes dores de cabeça. Ela estava sozinha em casa com os seus três netos que acabavam de chegar da escola e pediu para Jonathan cuidar dos menores enquanto iria à unidade de saúde. Como não estava bem, resolveu se dirigir a UBS sem ESF, por ser mais próxima de sua residência. Na recepção, relatou o seu problema e foi prontamente direcionada para a sala de enfermagem.

A enfermeira fez o primeiro acolhimento e, na conversa com a paciente, achou importante aferir sua pressão arterial (PA) – conferindo 180x100 mmHg. Preocupada, a profissional solicitou que D. Iolanda permanecesse na UBS em repouso até que o médico pudesse atendê-la. Após 40 min. de espera, o médico a atendeu. Mesmo não sendo cadastrada, Dr. Felipe decidiu medicá-la, solicitou repouso e orientou retorno ao médico de família que a acompanha na ESF.

1. Organização da Atenção

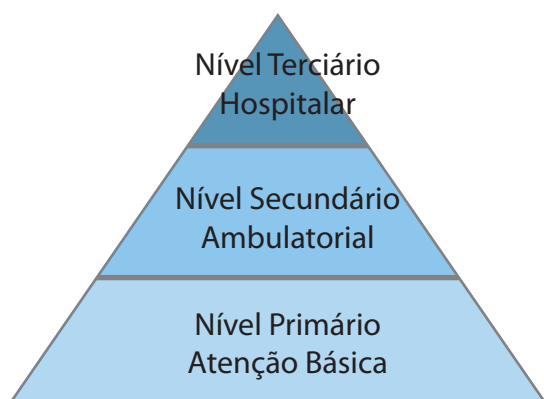
O Sistema de Saúde brasileiro está estruturado em níveis de atenção, cuja organização é feita de acordo com as diferentes **densidades tecnológicas dos serviços**². São eles: Atenção Primária à Saúde, Atenção Secundária e Atenção Terciária.

“Os níveis de atenção à saúde estruturam-se por arranjos produtivos conformados segundo as densidades tecnológicas singulares, variando do nível de menor densidade, a APS, ao de densidade tecnológica intermediária, a atenção secundária à saúde, até o de maior densidade tecnológica, a atenção terciária à saúde.” (MENDES, 2011. p. 78)

Com certeza, vocês ouviram falar nessa estrutura e forma de organização de nosso sistema de saúde, assim como conhecem alguns princípios e diretrizes que o regem e que já foram trabalhados neste curso, em diferentes módulos.

A importante reflexão que devemos fazer aqui é sobre **Como se dá a relação/integração entre os diferentes níveis de atenção?**

Vejam a figura abaixo:



Podemos observar a organização do sistema em forma de pirâmide. Esse arranjo é produzido por uma relação de hierarquia entre os diferentes níveis assistenciais, em que o nível terciário, por sua complexidade tecnológica, é compreendido como tendo maior capacidade de conduzir o cuidado do paciente. A Atenção Básica fica responsável pelos procedimentos mais “básicos” do cuidado da saúde das pessoas.

Há, portanto, neste modelo, uma relação de supervalorização da Atenção Secundária e Terciária que opera de modo independente e autossuficiente quanto aos seus resultados e metas. Tal supervalorização, conforme aponta Mendes (2011), fundamenta-se num conceito de complexidade equivocado ao estabelecer que a atenção primária à saúde é menos complexa do que a atenção secundária e terciária.

Esta proposição causa algum estranhamento a vocês?

Sugiro que façamos um breve recorte sobre a Atenção Primária à Saúde (APS) – lugar onde o NASF efetivamente se insere.

Segundo Starfield (2002), a definição de Atenção Primária à saúde (APS) está estruturada em atributos tais como: ser o primeiro contato da população na rede assistencial dentro do sistema de saúde; caracterizar-se pela continuidade e integralidade da atenção, além da coordenação da assistência dentro do próprio sistema; da atenção centrada na família; da orientação e participação comunitária e da competência cultural dos profissionais.

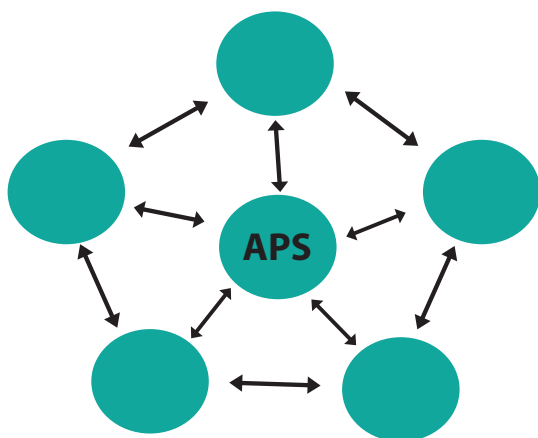
A Atenção Secundária reúne serviços de atenção especializada e serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, já a Atenção Terciária reúne os serviços Hospitalares, exames complementares e diagnóstico diferencial.

² Nomenclatura dada à variação na utilização de equipamentos e instrumentais médico-hospitalares de alto custo, pelos diferentes pontos de atenção da rede de serviços de saúde.

Observa-se, pela definição, que é possível reconhecer uma relação de complementaridade dos diferentes níveis de atenção, sendo a Atenção Primária potencialmente mais capaz de reconhecer os problemas e intervir de maneira mais efetiva, por estar mais próxima das pessoas. A Atenção Secundária e a Atenção Terciária realizam serviços de apoio e serviços complementares à assistência oferecida na Atenção Primária.

Por meio de nossas vivências cotidianas na relação com os diferentes níveis de atenção, pensar a Atenção primária com toda essa importância, esse poder, essa magnitude é, no mínimo, um pouco estranho. Concordam?

Não é comum evidenciarmos essa organização do Sistema de Saúde. O desafio é construir uma relação mais horizontalizada entre os níveis assistenciais, em que o projeto de cuidado das pessoas seja compartilhado de forma coresponsável e numa abordagem integral.



Mendes (2002) propõe, então, que seja estabelecida uma organização horizontal dos serviços de saúde, com o **centro de comunicação na APS**, e que permita prestar uma assistência contínua à **determinada população**.

Nesse formato, a coordenação da atenção deve ser realizada pela APS, por meio de territórios sanitários definidos por uma determinada população adstrita. Os serviços de diferentes densidades tecnológicas são entendidos como **pontos de atenção** dispersos no território, sem que haja uma distinção no grau de importância entre eles.

No Brasil, o modelo prioritário de organização da APS é a Estratégia Saúde da Família (ESF). A Portaria Nº 2.488, de outubro de 2011, que aprova e faz uma revisão da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), estabelecendo diretrizes e normas de organização da Atenção Básica, define a ESF como estratégia prioritária para expansão e consolidação da atenção básica.

Esse Modelo de Atenção tem como ponto central, conforme definido em Brasil (1997), o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de coresponsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. Ele visa o cuidado da família, e não do indivíduo de modo isolado, utilizando de ferramentas como adstrição de clientela, cadastramento de famílias, equipe de saúde da família de referência, visita domiciliar, planejamento/programação local, trabalho multiprofissional, dentre outros, para efetivação e consolidação dessa diretriz.

Quando nos aproximamos da proposta da ESF, considerando os elementos descritos anteriormente, podemos vislumbrar o desafio de operacionalização dessa proposta. Pensar um Sistema de Atenção Primária capaz de **avançar na criação de laços de compromisso e coresponsabilidade** entre profissionais trabalhando em equipe (seja num mesmo serviço, ou decorrente da integração de diferentes serviços) e entre profissionais e usuários, requer grande habilidade e sensibilidade para entender as relações sociais, as forças agregadoras e desagregadoras, os interesses individuais e coletivos e também as relações de saber e de poder.

Caso D. Iolanda (continuação)

No dia seguinte, D. Iolanda levanta 4:30h para “ajeitar o café” para os netos e a filha, “que pega cedo no trabalho” (SIC). Passa o café, faz um lanche para cada um, e todos saem para suas atividades. D. Iolanda, então, lava a louça, guarda o café, arruma a cama e coloca a roupa para bater. Nesse momento, a ACS Bete toca a campainha.

_ Ôh de casa! D. Iolanda, é a Bete! Grita a ACS na porta da casa.

D. Iolanda enxuga a mão no avental úmido que está amarrado na barriga e corre para a porta.

_ Oi Bete, tudo bem? Olha, nem vou conseguir te dar muita atenção hoje. Abrindo a porta para a ACS entrar. _ Mas fica à vontade. Tenho muita coisa para fazer.

_ Como estão as coisas aqui em casa D. Iolanda? Os netos estão bem? E a Marta? Foi colher o “papa”, como eu tinha pedido? Diz a ACS com incômodo na voz. Essa é a quarta vez que Bete solicita que Marta realize o papanicolau. Marta acaba de finalizar um tratamento de HPV e necessita encaminhar com frequência ao médico os resultados dos exames ginecológicos.

_ Iiih, não sei nada da Marta minha filha, ela sai cedo e chega muito tarde. Nem tenho tempo de conversar com ela. Não sei nada da vida dela... e nem quero saber, já basta a minha vida! Respondeu D. Iolanda bastante incomodada.

_ E a Senhora? Como está? Pergunta a ACS de modo bastante carinhoso.

_ Eu? D. Iolanda responde de forma insegura. _ Eh... tá tudo bem sim.

_ Tomando os medicamentos da pressão?

_ Sim, sim, tá tudo bem. Olha, amanhã eu vou dar uma passadinha lá no posto e aí a gente conversa mais, pode ser? Seguindo em direção à porta.

_ Tudo bem! Responde a ACS, estranhando o modo abrupto como D. Iolanda interrompe a conversa.

_ Só vou deixar aqui a consulta do fisioterapeuta para o Sr. João, para avaliar aquela dor na coluna que ele vem se queixando, lembra?

_ Ah, sim, obrigada! E até mais! Se despede D. Iolanda.

_ Tchau D. Iolanda! Amanhã me procura lá no posto, tá? Diz a ACS já no meio da rua.

D. Iolanda gosta da ACS Bete, porém, seu vínculo com a unidade de saúde é bastante fragilizado por conta da distância de sua casa. A Vila Jacuí fica localizada na extremidade da área de abrangência da UBS, cujo desenho do território está organizado de forma oval, com duas extremidades. A unidade fica em uma delas e a Vila Jacuí é a outra “ponta”.

Nessa altura, vocês devem lembrar-se de D. Iolanda. Vamos dar continuidade ao caso apontando mais alguns elementos importantes que, com certeza, os fazem lembrar-se de suas vivências no dia a dia dos serviços de saúde:

Ao retomarmos a importância da criação de laços de compromisso e corresponsabilização entre usuários e serviços vemos, no caso de D. Iolanda, que existe um laço de afeto entre a ACS e a usuária, porém, este laço não se estende à unidade de saúde. Ora pela distância física entre a casa e os serviços, ora pelo descrédito que D. Iolanda tem no atendimento dos profissionais.

Como fortalecer esse vínculo e resgatar a credibilidade do cuidado ofertado pela ESF?

Uma condição que precisa ser problematizada na equipe de gestores da unidade se refere ao processo de territorialização e cadastramento das famílias de cada área. É evidente que a acessibilidade

(distância e barreiras geográficas) é um fator importante a ser considerado para o acesso do paciente ao serviço. A acessibilidade, como afirma Unglert (1990), caracteriza-se pela relação entre localização da oferta e dos usuários, distância entre eles e forma de deslocamento e custos. A acessibilidade pode ser trabalhada por meio do fortalecimento dos laços de compromisso e responsabilidade entre profissionais e usuários.

Na construção da relação entre profissional e usuário, estreitar laços de compromisso e responsabilidade requer, do profissional, como coloca Onocko (2005), colocar-se em contato com a intensidade da vida cotidiana das famílias e deixa-se afetar por ela, lidar com a indignação, muitas vezes sobre a forma como as pessoas lidam com sua vida (ou sua morte) e resignificar alguns valores e pré-conceitos.

“O grau de esgarçamento simbólico que percebemos em algumas dessas comunidades, nas quais, por exemplo, em vez de conversar, mata-se, coloca em xeque todas nossas propostas interpretativas.” (ONOCKO, 2005, pg.579).

Vamos pensar na característica da fala da ACS Bete quando solicita, pela quarta vez, que Marta realize o papanicolau:

_ Como estão as coisas aqui em casa D. Iolanda? Os netos estão bem? E a Marta? Foi colher o “papa”, como eu tinha pedido? Diz a ACS com incômodo na voz. Essa é a quarta vez que Bete solicita que Marta realize o papanicolau. Marta acaba de finalizar um tratamento de HPV, e necessita encaminhar com frequência ao médico, os resultados dos exames ginecológicos.

_ Iiiih, não sei nada da Marta minha filha, ela sai cedo e chega muito tarde. Nem tenho tempo de conversar com ela. Não sei nada da vida dela... e nem quero saber, já basta a minha vida! Respondeu D. Iolanda, bastante incomodada.

A ACS tem a dimensão da importância desse procedimento, porém, nem Marta, muito menos D. Iolanda, demonstra preocupação com isso. Lidar com a dimensão singular de como as pessoas cuidam de suas próprias vidas, “abrindo mão”, por vezes, de nossas percepções e valores, é uma tarefa bastante complexa.

A autora supracitada destaca a necessidade de suporte, arcabouço conceitual ou categorial das equipes para que a saúde coletiva possa de fato apoiar a comunidade. Faz-se necessário a criação de espaços na ESF para troca e fortalecimento de equipes que possam construir conjuntamente modos de superação de tais acontecimentos e sensações. Para que isso aconteça, é evidente a necessidade de ampliação

do núcleo de saber profissional quando falamos em saúde coletiva.

O trabalho em equipe também exige dos profissionais uma mudança de atitude pessoal e profissional, buscando reconhecer suas limitações, encontrar espaços de aproximação entre as diferentes áreas do conhecimento, criar vínculos e soluções criativas para a convivência harmoniosa e produtiva entre os vários saberes na área da saúde.

Um importante movimento para a construção desses espaços foi formalizado por meio da Portaria GM n.154 de 24, de janeiro de 2008, com a criação o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF). **O objetivo maior desse núcleo é compartilhar e apoiar as práticas em saúde desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família.**

O NASF é constituído por uma equipe na qual profissionais de diferentes áreas de conhecimento atuam em conjunto com os profissionais das equipes de Saúde da Família, ampliando a abrangência, a resolutividade, a territorialização e a regionalização das ações da APS no Brasil. (Brasil, 2010).

“O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber: ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade, participação social, educação popular; promoção da saúde e humanização.” (BRASIL, 2010, p.7).

Percebe-se que a estruturação do trabalho do NASF nos convoca a pensar a construção de um Sistema de Saúde feito por meio da **formação de alianças**. Alianças entre profissionais – trabalho em equipe; entre o setor saúde com outros setores, para elaboração e implementação de políticas públicas mais efetivas; aproximação entre profissionais e gestores e articulação entre políticas públicas em prol de um objetivo comum.

O NASF evidencia, de maneira positiva, a insuficiência da atenção básica no desenvolvimento de cuidados integrais às famílias, e, portanto, reforça a necessidade de articulação com os demais serviços de saúde e equipamentos do território a fim de construir uma Rede de Atenção forte e eficiente.

Segundo Dias (2003), essa visão rompe com o isolamento do setor saúde e o inclui num outro horizonte político, trabalhando institucionalmente a intersetorialidade e construindo efetivamente políticas públicas eficazes, resolutivas e que de fato atendam às necessidades da população.

2. Integralidade em Saúde e os modelos Técnico-Assistenciais

Para aprofundarmos a reflexão sobre as proposições apresentadas até o presente momento, é importante retomarmos brevemente o conceito de Integralidade em Saúde. Como coloca Mattos (2006), pensemos Integralidade como não sendo apenas uma diretriz do SUS e sim uma “bandeira de luta”, ou seja, a integralidade nos aponta certas características do sistema que são consideradas desejáveis, algo que se almeja construir e obter como cuidado em saúde e, nesse sentido, ela abre para uma série de questões importantes a serem discutidas e, muitas delas, transformadas.

No processo de construção e fortalecimento do Sistema Único de Saúde (SUS), está estabelecido, como um dos pilares conceituais, o princípio da Integralidade e, portanto, é importante destacar que há um lugar formalizado para essa discussão.

Esse princípio aponta dimensões profundas e relevantes no que se refere à organização dos serviços e ao modo com operam as práticas de saúde.

No âmbito dos serviços, trabalhar dentro dessa perspectiva requer capacidade de oferecer tanto assistência curativa e de reabilitação como ações de proteção, promoção e prevenção de saúde, ou seja, deseja-se que o usuário tenha acesso ao serviço naquilo que necessitar enquanto cuidado em saúde, entendendo, desta forma, que o sistema de saúde possa oferecer assistência humanizada e acesso equânime aos seus usuários.

No âmbito das práticas em saúde, a integralidade propõe que o profissional tenha o cuidado centrado na dimensão biopsicossocial, de forma não fragmentada, onde as especialidades atuam separadamente. O usuário/paciente é compreendido como um sujeito histórico e social, participe das decisões de saúde sobre o seu cuidado, sobre o cuidado de sua família e da coletividade.

A integralidade na assistência à saúde desperta para a transformação da clínica centrada no biológico para um modelo de atenção à saúde multidimensional, onde a ação clínica não se faz de forma individual-centrada, mas ampliando o olhar sobre a complexidade dos processos de adoecimento. Para isso, se faz necessário um trabalho articulado e multiprofissional capaz de desenvolver ações assistenciais complementares e corresponsáveis com o cuidado do usuário.

Esta senhora batalhadora, como milhões de brasileiros, na busca de cuidados a sua saúde, retorna ao nosso texto:

Caso D. Iolanda (continuação)

D. Iolanda não vai até o posto na manhã seguinte e naquela semana apresenta outra crise, dor de cabeça e tontura. Como era no período da manhã e estava sozinha, preocupada, D. Iolanda decide ir ao serviço de saúde. Duas considerações foram feitas antes da tomada de decisão: _ não estou bem, portanto, é mais rápido eu chegar até a UBS sem ESF; _a enfermeira e o médico dessa unidade cuidaram tão bem de mim, o médico até ouviu meus batimentos e medicou lá mesmo na unidade. Esses aspectos contribuem para que D. Iolanda novamente se dirija à UBS sem ESF.

Chegando lá, a enfermeira identifica que D. Iolanda estava retornando com o mesmo sintoma e faz o mesmo procedimento de acolhimento imediato. Na aferição da PA identifica 170x100 mmHg e, preocupada, solicita nova consulta do Dr. Felipe que a atende prontamente.

Na anamnese o médico identifica que a paciente toma o medicamento de forma irregular e nesta semana está sem a medicação, pois não renovou a sua receita na consulta agendada pela ESF. A ausência na consulta ocorreu devido a problemas financeiros que inviabilizaram a sua ida até a unidade com ESF.

No exame físico, Dr. Felipe observa uma alteração no batimento cardíaco, com frequência cardíaca de aproximadamente 58 batimentos por minuto. Ele cruza esses dados com a obesidade de D. Iolanda, o histórico de cardiopatia na família colhido durante a anamnese e a PA alta. Preocupado, ele solicita um Eletrocardiograma (ECG), feito na própria unidade, cujo resultado demonstrou uma irregularidade no ritmo cardíaco.

Diante desse quadro, Dr. Felipe decide solicitar outros exames como o teste ergométrico, Holter e Ecocardiograma (ECO) e faz, cuidadosamente, um breve relatório do atendimento de D. Iolanda solicitando que ela o leve ao seu médico de família, juntamente com os exames realizados. Ele orienta também que D. Iolanda agende consulta com um nutricionista e com um educador físico da unidade para avaliação e orientações.

Antes de sair da UBS, ela agenda, no balcão os exames no Ambulatório de Especialidade de referência do município, uma consulta. A data mais próxima para agendamento é daqui há 2 meses.

O clínico Felipe se surpreende ao identificar que D. Iolanda é o quarto caso na semana que ele atende com problemas cardíacos.

É importante notar a articulação do clínico durante sua consulta. Além do exame físico realizado de forma cuidadosa e completa, ele considera o retorno breve da paciente à unidade e prontamente decide investigar melhor a queixa e os sintomas. Para isso, não desconsidera o acompanhamento que D. Iolanda

tem com o médico da ESF e com uma equipe multiprofissional que auxiliará para um melhor diagnóstico e abordagem do tratamento da paciente. Além disso, ele procura descrever suas observações em um relatório para que o acompanhamento seja continuado na ESF.

Outro elemento importante a ser observado no caso descrito é a capacidade resolutiva da atenção primária que já abordamos anteriormente. A unidade de saúde foi capaz de realizar um diagnóstico precoce com assistência de qualidade e identificação dos riscos individuais e coletivos. Além disso, a unidade utilizou as tecnologias de cuidado à saúde existentes e dispôs de um arranjo organizacional que foi capaz de oferecer a atenção integral necessária para o cuidado de D. Iolanda.

Dr. Felipe reconhece o limite de seu serviço no momento em que evidencia a necessidade de apoio diagnóstico e terapêutico. Tais procedimentos exigem uma densidade tecnológica que a APS não oferece e, portanto, torna-se importante acessar outros pontos de atenção de média (ou alta) complexidade a fim de dar seguimento à investigação e tratamento de D. Iolanda.

Em nosso cotidiano, observamos com frequência a ocorrência de estrangulamentos na rede de serviços de saúde que são evidenciados nas enormes filas de agendamento de exames e consultas de especialidades, por exemplo. O monitoramento e gestão do acesso a esses serviços devem ser tarefa constante dos profissionais de saúde e de toda a equipe de regulação da unidade de saúde. Da mesma forma, a equipe deve considerar a urgência e a prioridade de cada caso, oferecendo ao usuário atenção adequada para que ele possa manter sua qualidade de vida e o não agravamento de sua condição de saúde.

3. Redes de Atenção à Saúde

A assistência à saúde e os modelos tecnológicos existentes no cotidiano dos serviços ainda denotam dificuldades significativas para responder a complexa demanda dos usuários nos serviços de saúde. Vivemos diante da baixa resolutividade dos serviços e da baixa credibilidade, por parte de usuários e profissionais, da capacidade ética e política da assistência ofertada pelos diferentes pontos de atenção.

Como vimos, a organização da assistência à saúde ainda está voltada para um modelo fragmentado e compartimentalizado em serviços isolados, fechados no desafio de cumprir suas metas. Este modelo opera por meio da compreensão de que cada serviço se faz suficiente na medida em que “da conta” de sua demanda e responde somente ao que acredita ser de sua competência e responsabilidade.

Nessa proposta, o sujeito se restringe a um corpo somente orgânico, cuja intervenção se faz por meio da busca de uma causa produtora de doença. O cuidado ampliado em saúde perde lugar, pois o foco na doença impossibilita considerarmos os efeitos singulares do sofrimento das pessoas, sejam eles psicossociais, econômicos, culturais ou espirituais, o que influencia diretamente em sua dinâmica e qualidade de vida.

Para vencer esses desafios e na tentativa de construir uma assistência mais integral, sistêmica e resolutiva, é imprescindível a discussão sobre Redes de Atenção à Saúde (RAS) e sobre Linhas de Cuidado (LC).

De acordo com Mendes (2011), as Redes de Atenção à Saúde podem ser definidas como:

“Organizações poliárquicas de conjunto de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral à determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa, de forma humanizada e com equidade - com responsabilidades sanitárias e econômicas e gerando valor para a população.” (MENDES, 2011, p. 82).

O SUS configura-se como um sistema organizado em Redes de Atenção, com a Atenção Básica sendo ordenadora deste Sistema. A produção de arranjos organizacionais, no modelo de Redes de Atenção, possibilita o desenvolvimento de um trabalho mais eficiente e alinhado aos problemas presentes nos serviços de saúde.

No âmbito internacional, verifica-se que a organização em Redes de Atenção aumenta a eficiência dos sistemas de atenção à saúde, diminui as referências a especialistas e a hospitais, produz serviços mais custo/efetivos, melhora os resultados sanitários nas condições crônicas e aumenta a satisfação das pessoas usuárias, melhorando a sua qualidade de vida.

OS ATRIBUTOS ESSENCIAIS DE UM SISTEMA INTEGRADO DE ATENÇÃO À SAÚDE SÃO:

1. Uma **população** e território definido, com amplo conhecimento das necessidades e preferências de saúde que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Uma grande diversidade de **pontos de atenção**, atuando na promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento oportunos, reabilitação e cuidados paliativos, todos sob uma coordenação;
3. Uma **APS** que atua como porta de entrada do sistema, que integra e coordena o cuidado e que resolve a maioria das necessidades de saúde da população;
4. Organização de serviços especializados ambulatoriais em lugar mais adequado;
5. Existência de mecanismos de **coordenação assistencial** por todo o **contínuo** da atenção;
6. Cuidado de saúde centrado no indivíduo, famílias e comunidade;
7. Um **sistema de governança** participativo e único para todo o sistema;
8. **Gestão integrada** dos sistemas administrativos e de apoio clínico;
9. **Recursos humanos** suficientes, competentes e comprometidos com o sistema;
10. **Sistema de informação integrado** e que vincula todos os membros do sistema;
11. **Financiamento** adequado e incentivos financeiros alinhados com as metas do sistema;
12. **Ação intersetorial ampla.**

FONTE: OMS, 2008

Segundo Shortell e Silva (2011), a Rede de Atenção a Saúde pode ser entendida como:

"(...) um conjunto de organizações que provê atenção coordenada de uma série de serviços de saúde, à uma determinada população, e que é responsável pelos custos e resultados de saúde desta. Ela se estrutura a partir da proposição de políticas públicas integradoras e da gestão de sistemas de saúde que possibilitem a aproximação dos serviços e a reflexão coletiva sobre as estratégias operacionais e conceituais para construção de uma rede". (SHORTELL & SILVA, 2011).

Conforme apontado por Bittencourt e Neto (2009), ainda que exista uma aproximação entre os serviços, pois fazem parte de um mesmo sistema com mecanismos de referência e contrarreferências de pacientes entre eles, é frequente verificarmos a troca de informações escassas/esvaziadas, a ausência de coordenação do cuidado e de limitadas ações para o estabelecimento de objetivos comuns de saúde ou organizacionais. Esta costuma ser a forma tradicional como os serviços prestam assistência.

Abaixo segue uma figura interessante capaz de ilustrar a estruturação e objetivo da RAS:



Ministério da Saúde - Secretaria de Atenção à Saúde - Diretoria de Articulação de Redes de Atenção à Saúde

Convido vocês, neste momento, a retomarmos o caso de D. Iolanda e seguirmos com nossas reflexões sobre as tramas (e dramas) da rede de cuidados a que ela está imersa.

Caso D. Iolanda (continuação)

Quando D. Iolanda sai da UBS está chovendo muito. No deslocamento até sua casa, ela perde o relatório do médico que tinha guardado no bolso do casaco.

Após uma semana, a ACS Bete realiza nova visita, estranhando que D. Iolanda não tenha aparecido na ESF. Sem muita conversa, D. Iolanda diz que gostaria de agendar uma consulta com o médico, pois não se sentiu muito bem na última noite.

_ D. Iolanda, se a Senhora quiser, estamos no horário próximo ao almoço e Dr. Francisco está no horário de acolhimento. A Senhora não quer ir agora para lá? Vamos comigo, eu estou subindo. Diz a ACS preocupada.

_ Ah sim... eu acho que vou aproveitar então.

Na consulta na ESF, o médico Dr. Francisco pergunta da medicação da pressão e D. Iolanda responde que não está tomando, pois sua receita venceu.

_ Teve um dia, Dr., que eu não me senti muito bem e acabei passando no posto que é mais perto da minha casa. Lá o médico pediu para eu fazer esse exame aqui. Dona Iolanda tira o papel amassado da carteira e entrega para Dr. Francisco.

_ Hum... O Dr. analisa o pedido do outro médico.

_ Vamos fazer assim, vou renovar a sua receita e a senhora volta a tomar a medicação corretamente, pode ser? Vou pedir para a enfermeira Kelly acompanhar você em VD e aferir a sua pressão também. Quanto ao exame, depois pedimos novamente, caso a senhora não melhore, tudo bem?

Dr. Francisco demonstra não entender o motivo da solicitação do ecocardiograma e discorda da conduta do clínico da UBS sem ESF. Porém, mesmo com a conduta e orientação de Dr. Francisco, D. Iolanda vai ao Ambulatório de Especialidade para realizar os exames cardiológicos na data agendada.

Podemos observar que a responsabilização perante a troca de informações e dados clínicos entre os profissionais, dispostos em diferentes pontos de atenção, está no usuário (D. Iolanda).

O que você acha disso? Quais os riscos dessa forma de organização do fluxo das informações?

Vejamos que, mesmo com a responsabilidade do seguimento das informações, D. Iolanda as perde, logo ao sair da unidade de saúde, impossibilitando que a informação chegue ao seu destino final.

Sabemos que nosso trabalho visa a ampliação do grau de autonomia e responsabilização das pessoas sobre sua saúde, mas é importante lembrar que é parte da operacionalização da rede garantir que a informação circule de forma segura. Na medida em que o sistema integra as informações e condutas clínicas do paciente, ele diminui as duplicidades na solicitação e realização de procedimentos e, conseqüentemente, diminui os custos da saúde. **Este é um dos objetivos da RAS!**

Mesmo que a intenção de Dr. Felipe tenha sido singular ao redigir um relatório à equipe de saúde de família de referência da usuária sobre sua avaliação e conduta (coisa rara de se observar no cotidiano das práticas em saúde), é evidente a falta de apoio logístico para o cumprimento de sua estratégia.

O fraco vínculo entre os serviços, sobretudo entre os profissionais que o compõe, é observado no caso de D. Iolanda, principalmente por Dr. Francisco. O profissional não dá a devida importância ao atendimento realizado anteriormente na UBS sem ESF, desvalorizando a conduta e as observações do outro profissional. Diversas razões podem estar em jogo na atitude de Dr. Francisco, dentre elas podemos citar: o grau de comprometimento com o trabalho e com o modelo de atenção proposto; a desmotivação dos profissionais, derivada da baixa estrutura e precária condição de trabalho ainda evidente em muitos locais no Brasil a fora; a interpretação de que o cuidado se “esgota” na conduta médica ou na consulta clínica; a percepção de que somente sua abordagem é capaz de identificar os riscos e agravamentos do quadro de saúde do usuário, dentre outras.

Para que a rede funcione de forma articulada já entendemos, portanto, que é preciso integração não somente na perspectiva dos usuários (clínica ampliada), mas que também existam implicações de gestão – implicações tecnológicas e financeiras – que proporcionem integração oportuna entre os serviços.

“As mudanças no sistema de atenção à saúde deverão fazer-se nas seguintes direções: voltar o sistema para a atenção às condições crônicas, fazer uso intensivo da tecnologia da informação, eliminar os registros clínicos feitos à mão, promover a educação permanente dos profissionais de saúde, coordenar a atenção ao longo da rede de atenção, incentivar o trabalho multidisciplinar e monitorar os processos e os resultados do sistema.”
(MENDES, 2011. p.65).

Vamos conhecer alguns componentes que estruturam a RAS:

APS – Centro da Comunicação

A Atenção Primária à Saúde deve ser o centro de comunicação de toda rede. Sua estrutura e grau de capilaridade permitem a aproximação intensiva do cotidiano das pessoas e da malha de relações onde uma determinada população (um determinado território) vive.

Essa característica possibilita “reger”, com maior competência e sensibilidade, cada elemento necessário para integração da rede de cuidados progressivos à saúde das pessoas.

“A coordenação do cuidado é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.” (BRASIL, 2010. p.21).

Sistemas Logísticos

“Consiste na efetivação de um sistema eficaz de referência e contrarreferência de pessoas e de trocas eficientes de produtos e de informações ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio nas redes de atenção à saúde. Estão voltados para promover a integração dos pontos de atenção à saúde”.
(BRASIL, 2010 p. 24)

De acordo com Rondinelle (2006), os sistemas logísticos são soluções em saúde fortemente ancoradas nas tecnologias de informação. São considerados os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde: os sistemas de identificação e acompanhamento dos usuários; as centrais de regulação; o registro eletrônico em saúde e os sistemas de transportes sanitários.

Sistemas de Apoio

Conforme disposto em Brasil (2010), os sistemas de apoio são os lugares institucionais da rede onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde.

São considerados sistemas de apoio: serviços de diagnóstico e terapêutico; assistência farmacêutica e sistemas de informação em saúde.

Sistema de Governança

Conforme descrito por Rondinelle (2006), a governança é definida pela Organização das Nações Unidas como o exercício da autoridade política, econômica e administrativa para gerir os negócios do Estado. Constitui-se de complexos mecanismos, processos, relações e instituições através das quais os cidadãos e os grupos sociais articulam seus interesses, exercem seus direitos e obrigações e mediam suas diferenças.

Vejamos a operacionalização destes Sistemas no caso de D. Iolanda:

Caso D. Iolanda (continuação)

D. Iolanda demonstra maior segurança no cuidado ofertado pelo médico da UBS sem ESF e decide levar o resultado dos exames a ele.

Dr. Felipe estava na recepção quando D. Iolanda chega à UBS sem ESF.

_ D. Iolanda, que prazer em revê-la! Exclama Dr. Felipe. _ Já faz tempo que não conversamos.

_ Olá Dr.! Faz tempo sim. Trouxe o resultado dos exames para o senhor ver.

_ Puxa! Que bom! Vamos subir para conversar então.

Os dois sobem a rampa até o consultório e entram na sala. Dr. Felipe verifica que os exames acusam uma condição física baixa, a presença de sobrecarga de ventrículo esquerdo e bloqueios AV de 2o. grau, cujo agravamento é sugestivo de intervenção cirúrgica – colocação de marca passo.

Preocupado, ele tenta contato telefônico com o médico da UBS-ESF de referência de D. Iolanda, mas ele não atende, justificando a agenda estar lotada. Diante disso, Dr. Felipe resolve agendar um retorno para próxima semana e troca o medicamento que ela está tomando.

Dr. Felipe finalizou recentemente Residência Médica em cardiologia no Hospital Geral Rute Freitas que fica no Município de São Joaquim. Este Hospital é referência de alta complexidade para os municípios menores que ficam ao entorno. Por sua especialização em cardiologia, Dr. Felipe demonstra interesse, atenção e cuidado no acompanhamento de D. Iolanda e decide manter atendimentos semanais com a paciente.

Ao analisarmos o caso de D. Iolanda percebemos a fragilidade dos sistemas logísticos e de apoio. Dr. Felipe exibe uma preocupação com o caso que pode estar relacionada ao seu grau de especialidade profissional. Este fato potencializa a ação clínica no caso específico da cardiopatia de D. Iolanda, porém pode provocar um desajuste nas atribuições e funções de cada ponto de atenção.

É importante, na construção da rede, que as responsabilidades e limites terapêuticos de cada serviço, de cada profissional, estejam bem claros tanto para população como para os profissionais.

Observamos também nesse trecho do caso que o contato telefônico com o médico da UBS-ESF de referência não foi eficaz. Apesar da disponibilidade de Dr. Felipe para estabelecer alianças produtivas com outro serviço, não há reconhecimento do profissional da potência desse dispositivo. A consequência desse distanciamento produz repetição de condutas/procedimentos e diminuição da capacidade interventiva do caso.

4. Linha de Cuidado

Segundo Dias (2003), indivíduos e populações apresentam riscos desiguais de adoecer e morrer. Essa afirmação aponta a premência em identificar problemas prioritários para a população de um espaço territorial e em organizar práticas de produção de saúde integradas que ofereçam resultados significativos no que se refere ao acesso da população ao diagnóstico e à terapia mais adequada a sua condição de saúde.

A identificação de problemas prioritários pode ser viabilizada por meio da caracterização quanto à taxa de morbidade e prevalência, bem como, às necessidades assistenciais derivadas da magnitude e importância do grau de adoecimento da população.

Em nosso caso, mesmo o Dr. Felipe não tendo como diretriz de trabalho a adstrição da clientela, análise territorial e estratificação de risco, ele procurou traçar um perfil de seus usuários, analisando características sociais e de adoecimento, cruzando informações de sexo e de faixa etária. Observamos isso quando ele reconhece que D. Iolanda é o 4º caso da semana que aparece para atendimento com queixas cardiológicas.

Sistematizações simples como esta realizada por Dr. Felipe devem fazer parte do cotidiano da clínica, pois oferecem subsídios para desenvolvimento de ações e programas mais oportunos e com custos mais efetivos.

“É preciso ampliar o objeto de trabalho da clínica para além das doenças, visando compreender os problemas de saúde, ou seja, entender as situações que ampliam o risco ou a vulnerabilidade das pessoas.” (BRASIL, 2010. P.17).

Esse é o desafio da **gestão da clínica** que utiliza a análise da situação de saúde com objetivo de identificar e estratificar os riscos em grupos individuais expostos a determinados fatores e condições que os colocam em situação de prioridade para a dispensação de cuidados de saúde, sejam eles preventivos, promocionais ou assistenciais.

Você é capaz de dizer quais as características dos pacientes que procuram o seu serviço ou o serviço de sua equipe? Já teve a oportunidade de fazer essa sistematização?

A compreensão ampliada do processo saúde-doença de um território sanitário, com foco na integralidade, desencadeia diretrizes de atenção que orientarão o trabalho dos profissionais e dos serviços, efetivando uma maior qualidade e agilidade no cuidado de saúde das pessoas.

As Diretrizes da Atenção são, conforme afirma Mendes (2011), as recomendações que orientam decisões tanto assistenciais como de organização de serviços para condições de saúde de relevância sanitária (alta prevalência ou alta letalidade). São elas que norteiam a construção de Linhas de Cuidado voltadas para um determinado “problema” ou situação sanitária prioritária.

No nosso caso, no Bairro de Vila Vassouras, temos a informação de que a característica demográfica da população é constituída por adultos e idosos. A característica de adoecimento da população nessa faixa etária é de doenças crônicas, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, obesidade etc. D. Iolanda apresenta uma cardiopatia provavelmente decorrente da hipertensão e da obesidade, além de outras comorbidades que desconhecemos e o componente da hereditariedade. Assim como D. Iolanda, podem haver outros moradores dessa região com risco importante para desenvolvimento de cardiopatias, porém, a unidade não realiza ações voltadas a esses “problemas”.

Não só a UBS sem ESF, mas a UBS-ESF, o Ambulatório de Especialidades – principalmente por ofertar o serviço de cardiologia – possuem características epidemiológicas semelhantes que, articuladas, potencializariam o cuidado dos usuários do Bairro de Vassouras.

As Linhas de cuidados são formas de articulação de recursos e das práticas de produção de saúde, orientadas pelas diretrizes da atenção, entre as unidades de uma dada região de saúde para a condução oportuna e singular dos usuários pelas possibilidades de diagnóstico e terapia, em resposta às necessidades detectadas. Elas visam a coordenação do cuidado sobre um determinado “problema” sanitário, ao longo do contínuo assistencial, através da pactuação de papéis e tarefas das diferentes unidades/profissionais e a conectividade entre eles, a partir da colaboração e complementaridade.

Como aponta Franco e Magalhães Júnior (2004), a linha de cuidado é fruto de um grande pacto que deve ser realizado entre todos os atores que controlam serviços e recursos assistenciais, no qual o usuário é elemento estruturante de todo processo de produção de saúde.

A organização da Linha de Cuidado se faz por meio da: criação de fluxos assistenciais definidos entre os serviços; da elaboração de instrumentos que garantam a circulação de uma comunicação eficiente entre os serviços de referência, para que o paciente possa “caminhar” por toda a rede e da manutenção de espaços de troca e ajustes que se fizerem necessários no processo, envolvendo gestores, usuários e profissionais dos serviços envolvidos.

Finalizando, fica evidenciado que para efetivação das Redes de Atenção e Linhas de Cuidado, torna-se necessária a construção/criação de Guias de Prática Clínica/Protocolos Assistenciais que irão orientar a Linha de Cuidado e possibilitar a melhora da comunicação entre as equipes e serviços, a programação de ações e a padronização de determinados recursos.

Bom, é claro que não poderíamos deixar a história de D. Iolanda sem um final interessante. Leiam e façam suas considerações, pois, esse final também abre possibilidades para uma boa discussão.

Caso D. Iolanda (continuação)

D. Iolanda, depois desse período de acompanhamento com o Dr. Felipe, sente-se mais disposta, mas as preocupações com os netos, em especial com Lucas, o mais novo, ainda a deixam sem dormir em algumas noites.

Lucas (4 anos), neto de D. Iolanda, faz acompanhamento com a fonoaudióloga e a psicóloga do NASF da UBS-ESF por apresentar uma fala infantilizada e alguns comportamentos regressivos como uso de chupeta e mamadeira de forma não sistemática. Quem o leva aos atendimentos semanais é Tassiane (12 anos).

A abordagem dos profissionais do NASF está voltada para o cuidado da família e, por isso, busca-se sempre obter informações sobre as relações entre os membros, e sobre a dinâmica e a rotina da casa.

Na última consulta em grupo com a psicóloga, Tassiane chegou atrasada com Lucas. A Psicóloga Camila percebeu que Tassiane estava chorando. Ao término do grupo a menina pediu para conversar com ela.

Tassiane diz que está preocupada, pois sua avó está doente e terá que fazer uma cirurgia. Assustada a psicóloga investiga o caso e entende que D. Iolanda está fazendo acompanhamento com o médico da UBS sem ESF.

Diante dessa informação, Camila decide levar o caso para a reunião de equipe. Esta semana o profissional de referência que acompanharia as discussões na equipe do Dr. Francisco era o educador físico, porém, Camila pede para trocar o dia e comparece à reunião.

Em reunião Dr. Francisco se assusta com a notícia, reclama da abordagem do médico de outra unidade e resolve fazer uma VD para D. Iolanda.

Já se passou 1 mês e chega o dia da VD de Dr. Francisco à casa de D. Iolanda. A ACS Bete acompanha Dr. Francisco, porém, muito apreensiva, pois não é de hoje que ela traz em reunião de equipe os problemas de saúde de D. Iolanda.

Quando chegam à casa, tocam a campainha, batem palma, a ACS Bete chama D. Iolanda, mas não há ninguém em casa.

D. Iolanda estava na UBS sem ESF, em consulta com Dr. Felipe para resolver os últimos procedimentos da cirurgia que será realizada na próxima semana. Ele conhece o fluxo para agendamento no Hospital Geral Rute Freitas e, durante essa última semana, providenciou todos os procedimentos burocráticos, solicitação dos exames pré-operatórios para internação de D. Iolanda.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Bittencourt, O. N. S.; Neto, F. J. K. Rede Social no Sistema de Saúde: um Estudo das Relações Interorganizacionais em Unidades de Serviços de HIV/AIDS. In: Revista da Administração Contemporânea, v. 13, n. 6, p. 87-104, 2009.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, p.160. 2010a. il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Caderno de Atenção Básica, n. 27).

Brasil. Ministério da Saúde. Grupo Técnico da Comissão Intergestores Tripartite. Diretrizes para Organização das Redes de Atenção à Saúde do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/2b_221210.pdf

Brasil, Ministério da Saúde. Gabinete Ministerial. Portaria n. 154, de 24 de janeiro de 2008: cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 4 mar. 2008. Seção 1, p. 38/42.

Brasil. Portaria no. 2.488, de 21 de outubro de 2011: Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011.

Dias MAS, Intersetorialidade: um olhar da saúde. Revista eletrônica mensal da Secretaria Municipal de Saúde – Prefeitura de Belo Horizonte, Nov. 2003. ed. 23. Disponível em: <http://www.pbh.gov.br/smsa/biblioteca/sausedigital/novembro2003/intersetorialidade> .

Franco, T. B.; Magalhães Júnior H. M. Integralidade na Assistência à Saúde: A Organização Das Linhas Do Cuidado. In: O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. HUCITEC - 2a. Edição São Paulo, 2004.

Mattos RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro R, Mattos RA, organizadores. Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. 4ª ed. Rio de Janeiro: Uerj/IMS, Abrasco; 2006. p. 39-64.

Mendes, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, 2011. P. 549.

Mendes, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. In: Ciência & Saúde Coletiva, 15(5):2297-2305. Rio de Janeiro, 2010.

Mendes, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. In: Rev Med Minas Gerais; 18(4 Supl 4): S3-S11. Minas Gerais, 2008.

Mendes, E. V. Revisão Bibliográfica Sobre Redes de Atenção à Saúde. Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais. Subsecretaria de Políticas e Ações em Saúde. Superintendência de Atenção à Saúde. Minas Gerais, 2007.

Mendes E.V. Os sistemas de serviços de saúde: o que os gestores deveriam saber sobre essas organizações complexas. Escola de saúde Pública do Ceará, Fortaleza, 2002.

Organización Mundial De La Salud – OMS. Organización Panamericana De La Salud – OPS. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para Su implementación en las Américas. Serie La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington DC: OMS/OPS, 2008.

Shortell, S. M.; Silva, S. F. S. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). In: Ciência & Saúde Coletiva, 16(6):2753-2762, 2011.

STARFIELD B. Atenção Primária: Equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. 1a ed. Brasília: UNESCO, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002.

Unglert CVS. O enfoque da acessibilidade no planejamento da localização e dimensão de serviços de saúde. Rev. Saúde Publica 1990; 24(6):445-452.

Direção de arte, Editoração Eletrônica e Projeto Gráfico:

Marcos Paulo de Souza