



ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: ENFOCANDO AS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE PRIMARY HEALTH CARE: FOCUSING ON THE HEALTH FOR THE ATTENTION OF NETWORKS

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD: CENTRÁNDOSE EN LA SALUD PARA LA ATENCIÓN DE REDES

José Helder Holanda de Almeida¹, Ankilma do Nascimento Andrade Feitosa², Wilkslam Alves de Araújo³,
Janaina Barbosa da Silva⁴, Larice Costa Lourenço⁵, Milena Nunes Alves de Sousa⁶

RESUMO

Objetivo: analisar conhecimentos, atitudes e práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Cajazeiras/PB quanto as redes de atenção à saúde. **Metodologia:** estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, cuja coleta de dados foi realizada com os enfermeiros da APS do mencionado município, a partir de entrevista. Os dados foram analisados a partir do uso da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, CAAE: 26140513.7.0000.5180. **Resultados:** os enfermeiros desconhecem ou poucos conhecem sobre as Redes de Atenção à Saúde. Tal particularidade inviabiliza a implementação de ações relacionadas com as RAS na APS local. **Conclusão:** houve baixo índice de conhecimento dos enfermeiros sobre o objeto de estudo, fato comprovou a hipótese inicialmente instituída. Tal fato que repercute sobre a necessidade do fomento de estratégias capazes de conduzir a formação destes enfermeiros, auxiliando a prática adequada no contexto das RAS. **Descritores:** Atenção Primária a Saúde; Cuidado; Redes de Atenção à Saúde; Saúde.

ABSTRACT

Objective: analyzing the knowledge, attitudes and practices in Primary Health Care (PHC) of Cajazeiras/PB regarding the health care networks. **Methodology:** an exploratory descriptive study of a qualitative approach, whose data collection was carried out with nurses of the mentioned municipality of PHC, from interview. Data were analyzed from the use of the Collective Subject Discourse technique. The research project was approved by the Research Ethics Committee, CAAE: 26140513.7.0000.5180. **Results:** the nurses ignore or know little about the Health Care Networks This characteristic prevents the implementation of actions related to the RAS and local PHC. **Conclusion:** there was low knowledge index of nurses about the subject matter, a fact proved the hypothesis initially instituted. This fact has repercussions on the need for development strategies that could lead to formation of these nurses, assisting proper practice in the context of RAS. **Descriptors:** Primary Health Care; Care; Health Care Networks; Health.

RESUMEN

Objetivo: analizar los conocimientos, actitudes y prácticas en la Atención Primaria de Salud (APS) de Cajazeiras/PB como las redes de atención de salud. **Metodología:** estudio cualitativo exploratorio descriptivo, cuya recolección de datos se llevó a cabo con las enfermeras de los PHC en el municipio mencionado a partir de la entrevista. Los datos se analizaron por el uso de la técnica de Discurso del Sujeto Colectivo. El proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de Investigación, CAAE: 26140513.7.0000.5180. **Resultados:** las enfermeras ignoran o saben muy poco acerca de las redes de atención médica. Esta característica impide la implementación de acciones relacionadas con la RAS en la PHC locales. **Conclusión:** hubo un bajo índice de conocimiento de las enfermeras acerca del tema, un hecho probado la hipótesis instituida inicialmente. Este hecho repercute en la necesidad de que las estrategias de desarrollo que podrían conducir a la formación de estas enfermeras, ayudando a la práctica adecuada en el contexto de RAS. **Descritores:** Atención Primaria de Salud; Cuidado; Redes de Servicios de Salud; Salud.

¹Enfermeiro. Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM. Cajazeiras(PB), Brasil. E-mail: elderhalmeida@hotmail.com; ²Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde/PPGCS. Faculdade de Medicina do ACB/FMABC. São Paulo (SP), Brasil. E-mail: ankilmar@hotmail.com; ³Estudante, Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: wilkslam@hotmail.com; ⁴Estudante, Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: janainabarbosah@gmail.com; ⁵Larice Costa Lourenço. Estudante, Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM, Cajazeiras (PB), Brasil. E-mail: laricecostal@gmail.com; ⁶Enfermeira, Professora Mestre, Curso de Enfermagem, Faculdade Santa Maria/FSM, Doutoranda, Programa de Pós-Graduação em Promoção da Saúde/PPGPS, Universidade de Franca/UNIFRAN. Franca (SP), Brasil. E-mail: minualsa@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil em 1988, tornou o acesso gratuito à saúde de todo cidadão. A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão. Ela deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por estados e municípios.¹

A Atenção Primária à Saúde (APS), caracterizada pelos cuidados básicos, foi definida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) na Declaração de Alma-Ata como a atenção essencial à saúde baseada em tecnologias e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles a um custo que tanto a comunidade como o país possa arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação.²

Considerando a Declaração de Alma-Ata, por se caracterizar como a porta de entrada do sistema, a APS fundamenta-se nos eixos da universalidade, integralidade e equidade, em um contexto de descentralização e controle social da gestão, além de fundamentar-se nos princípios assistenciais e organizativos do SUS.² A atenção à saúde baseada na compreensão da APS como primeiro nível enfatiza a resolutividade dos cuidados primários sobre os problemas mais comuns de saúde e a partir do qual se realiza e coordena o cuidado em todos os pontos de atenção considerando os problemas da população como marco para as intervenções.

A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica, sob sua responsabilidade, segundo os riscos, de implementar e avaliar as intervenções sanitárias relativas a esse público e de prover o cuidado para as pessoas no contexto de sua cultura e de suas preferências. O SUS fundamenta o atendimento prestado no modelo holístico, onde todas as características dos indivíduos seriam observadas até chegar ao processo saúde/doença. A APS pode conduzir as redes de atenção à saúde, pois aquela combina um leque de serviços a uma população definida e estas se comprometem pelos resultados financeiros, clínicos e sanitários relativos à população a que servem.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) teve início em 1994 e veio como um dos programas

propostos pelo Governo Federal aos municípios para suprir e implementar a Atenção Básica (AB). As equipes trabalham como uma população adscrita, ou seja, com um número fixo de famílias. Essas definições dependem da realidade geográfica, econômica e sociopolítica da área, levando-se em conta a densidade populacional e a facilidade de acesso à Unidade.³ A ESF, por possuir uma população/território já definida, conhece as reais necessidades da população, identifica os problemas de saúde mais comuns na área e elabora, junto com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos fatores que colocam em risco à saúde. A família torna-se o alvo da estratégia, que pode monitorar os indivíduos, permitindo uma compreensão ampliada do processo saúde/doença. Por reunir esses atributos, a equipe de Saúde da Família torna-se um importante elemento para a observação do real papel das redes de atenção à saúde (RAS) na atenção primária.

A Rede de Atenção à Saúde é definida como arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integridade do cuidado.⁴ Assim, foi definida como problema de pesquisa deste estudo a seguinte questão: quais os principais conhecimentos, atitudes e práticas que os enfermeiros, da atenção primária à saúde de Cajazeiras, possuem com base nas redes de atenção à saúde? Como hipótese teve-se que os enfermeiros apresentavam pouco conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à APS com base nas redes de atenção à saúde, pois desconheciam o significado das Redes.

As razões para esta pesquisa centram-se na necessidade de pesquisa do tema, já que esse apresenta grande relevância no cenário administrativo e na percepção de que as Redes de Atenção configuram uma nova forma de organização do Estado ou da Sociedade, baseados na cooperação entre unidades dotadas de autonomia, ponto positivo para o sistema, pois apresenta variados vínculos entre os atores e organizações, além de benefícios econômicos, com a redução de custos e a melhoria da qualidade do atendimento.

Diante do exposto, é objetivo desse estudo analisar conhecimentos, atitudes e práticas na Atenção Primária à Saúde (APS) de Cajazeiras/PB quanto as redes de atenção à saúde.

MÉTODO

Estudo exploratório-descritivo com abordagem qualitativa, realizada no município de Cajazeiras, no Alto Sertão Paraibano, no extremo Oeste do estado, possuindo altitude de 298 metros no nível do mar, distante 477 km da capital João Pessoa, com uma área territorial de 565.899 km², bioma da caatinga. Com uma população estimada de 58.446 habitantes, sendo considerada a sétima maior cidade da Paraíba.⁵

A cidade conta com 15 USF inseridas na Atenção Primária à Saúde, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação na sua respectiva área. Contudo, 12 localizam-se na zona urbana e três na rural. São esses os locais de desenvolvimento deste estudo.

A população foi constituída pelos 12 enfermeiros da zona urbana da ESF cajazeirense. Contudo, utilizou-se uma amostra do tipo não probabilística por conveniência determinada conforme adequação aos seguintes critérios de inclusão: ser enfermeiro da ESF de Cajazeiras, atuar na zona urbana e desejar participar da pesquisa voluntariamente assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos aqueles profissionais com menos de 12 meses de atuação na USF local. Destarte, ressalta-se que participaram da investigação 41,67% da população-alvo, conforme critérios outrora delineados, bem como pela saturação dos dados.

Para a coleta dos dados foi realizada entrevista estruturada entre os meses de maio e junho de 2014, sendo norteadada por um questionário estruturado. A mesma foi gravada com a finalidade de manter a fidedignidade dos depoimentos obtidos e realizada após autorização da Secretaria Municipal de Saúde e aprovação da pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria (FSM).

De posse do protocolo de aprovação, os pesquisadores contactaram os enfermeiros da ESF de Cajazeiras e neste momento foram esclarecidos os objetivos da pesquisa para que possa decidir voluntariamente participar ou não da mesma. Na ocasião, aqueles que se dispuseram, assinaram o TCLE.

Após efetivação das entrevistas, as mesmas foram transcritas e analisadas mediante os pressupostos da técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), discurso-síntese, o qual se utiliza da primeira pessoa do singular para transmitir uma opinião/ideia coletiva ou socialmente compartilhada.⁶

O DSC é constituído por um conjunto de expressões-chave, cujo conteúdo reflete a Ideia Central (IC). Portanto, serão utilizadas duas figuras metodológicas: a IC e o DSC, refletindo os conhecimentos, atitudes e práticas na APS de Cajazeiras - PB quanto as RAS.

A pesquisa teve como base os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que regulamenta as pesquisas envolvendo seres humanos. Tendo por base essa resolução, o pesquisador compromete-se a garantir o sigilo das informações obtidas, não as utilizando para fins que não sejam os da pesquisa.⁷

Todos os sujeitos de pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, ficando uma delas com o participante. No mais, os pesquisadores responsável e participante assinaram o termo de Compromisso e Responsabilidade, os quais asseveraram resguardar o que tange a Resolução 466/12. Como tal, o estudo foi aprovado pelo CEP da FSM, conforme CAAE 26140513.7.0000.5180, número do parecer: 630.092.

RESULTADOS

Dos profissionais entrevistados, todos foram do sexo feminino e estavam na faixa etária entre 25 e 35 anos de idade. Todos os profissionais estavam há pelo menos um ano na USF em questão, o que se adéqua aos critérios de inclusão e exclusão.

A primeira questão abordada buscou avaliar a opinião dos enfermeiros sobre as RAS. Como produto final, obteve-se duas IC's, as quais foram: IC1 - tema difícil e IC2 -sem opinião formada.

IC 1	DSC 1
Tema difícil	<i>[...] É um tema difícil de falar, mas já ouvi falar [...] Por ser um tema novo, ainda não li muitas coisas sobre esse assunto [...]</i>
IC 2	DSC 2
Sem opinião formada	<i>[...] Confesso que li pouco sobre o assunto e por isso não posso ter uma opinião formada [...] Sei que ajuda a melhorar a assistência para aquela população [...]</i>

Figura 1. Opinião dos enfermeiros sobre as RAS

Considerando, especificadamente, conhecer o modo como acontece a organização do sistema com base nas Redes de Atenção à Saúde, conforme os

respondentes, duas IC's surgiram: IC1 - articulação com a APS e IC2 - organização do sistema com base nas RAS.

IC 1	DSC 1
Articulação com a APS	<i>[...] Acredito que seja de forma organizado com o PSF [...] acredito que se relacione com o nível mais básico da atenção [...] com o trabalho em equipe [...] Acho que com a ajuda dos gestores e profissionais [...]</i>
IC 2	DSC 2
Parcerias entre gestores	<i>Em parceria com órgãos municipais e estaduais [...]</i>

Figura 2. Forma de organização das RAS conforme os enfermeiros.

A terceira questão buscou analisar a forma de participação das RAS no que tange à administração dos serviços e gerenciamento de recursos em nível de USF. Como produto

final obtiveram-se duas IC: IC1 - forma de atuação das RAS e IC2 - as RAS no âmbito da APS/USF.

IC 1	DSC 1
Forma de atuação das RAS	<i>[...] como eu te disse, li pouco sobre o assunto e não posso opinar [...]. Mas acredito que seja relacionando os setores para melhorar a qualidade do atendimento [...]</i>
IC 2	DSC 2
As RAS no âmbito da APS/UFS	<i>[...] Muito pouco, até falta interesse ou cursos de capacitação por parte da secretaria sobre esses assuntos. Aqui no PSF é basicamente as funções assistencialistas e de acompanhamento. Falta espaço para a parte de orientação, palestra [...]</i>

Figura 3. Relatos dos enfermeiros sobre o papel organizativo das redes de atenção à Saúde

DISCUSSÃO

Enquanto modelo organizativo em discussão e implementação no país, a RAS ainda é objeto de desconhecimento e incerteza por parte dos enfermeiros da APS do município em foco, visto que não conseguiram descrever com propriedade sobre o mesmo. Assim, tal constatação advém das IC's identificadas, a exemplo da dificuldade da temática e da falta de opinião formada sobre a mesma. Destarte, o dado é preocupante, pois os profissionais da APS devem utilizar dos pressupostos da RAS em suas ações e pelo desconhecimento inviabilizam a sua prática. Há de considerar, também, o fato de que entre os enfermeiros há pouco interesse e iniciativa em buscar conhecimentos sobre o tema e efetivá-lo em seu ambiente de trabalho.

Outro dado a ser analisado refere-se a assertiva de que o modelo de RAS é considerado novo pelos pesquisados, quando na verdade o mesmo fora edificado na década

de 1990, em conjunto com a AB, ou seja, nem tão recente assim.⁸ Considerando a forma de organização das RAS, pode-se inferir que os enfermeiros, embora apresentem superficialidade nas respostas, apresentaram um conhecimento parcialmente adequado, já que relataram a articulação com a APS e com as esferas governamentais ressaltando, deste modo, a importância da parceria com outros órgãos administrativos para a otimização do serviço e resolutividade dos problemas da população adscrito.

As RAS organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde.⁸ Responsabilizando-se por sanar os problemas clínicos e econômicos daquela área, bem como prestar contas de seus resultados.⁹

Assim, aqueles serviços que tem se organizado nos moldes das RAS, tendo a APS como linha mestra de orientação, têm alcançado resultados relevantes, sendo mais eficazes do ponto de vista interno (alocação de recursos, coordenação clínica etc.), bem como externamente (econômico, social, demográfico, sanitário e epidemiológico).¹⁰ Por sua vez, na prerrogativa de dirimir os problemas vivenciados pela população adscrito, necessário se faz a união de esforços por parte da equipe, que deve ser multiprofissional, para juntos, buscarem a valorização do indivíduo e ofertarem a integralidade do atendimento, garantindo qualidade assistencial. Sobre este trabalho colaborativo, demonstra-se indispensável para a resolutividade das carências de atendimento em saúde locais, pela efetivação de vínculos, ingerências clínicas e sanitárias adequadas.¹¹

Os profissionais têm conhecimento de que o papel organizativo das RAS em nível de APS ainda é pouco satisfatório. Reconhecem que deveriam se articular com os diversos órgãos governamentais para melhor desempenhar os projetos de articulação que as RAS defendem. Um dos atributos fundamentais para a estruturação do regime de RAS, seria uma APS bem estruturada, por se tratar do primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, dotada de uma equipe multidisciplinar que cobre toda a população.¹² De modo análogo, a estratégia prioritária para a organização da AB, de acordo com os preceitos do SUS, é o Saúde da Família.¹³

Diante dos pressupostos foram pontos que dificultaram o desfecho mais amplo deste estudo o pouco conhecimento sobre o assunto, fator que reflete a dificuldade por parte dos gestores de implementar atividades de gestão e que seja acessível a todos os interessados. Em decorrência disto, os enfermeiros demonstraram-se pouco capacitados para contribuir com o desenvolvimento satisfatório da pesquisa.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros apresentaram baixo conhecimento, atitudes e práticas relacionadas à APS com base nas redes de atenção à saúde, pois desconheciam o significado das Redes. Tal particularidade inviabiliza a implementação de ações relacionadas com as RAS na USF local.

Os enfermeiros não souberam o suficiente para responder as perguntas específicas, que verificaria as ações desenvolvidas na USF com base nas redes, nem conseguiram identificar os objetivos que as RAS preconizam. Eles relataram o motivo pelo qual tinham pouco

conhecimento sobre o assunto, que seria a falta de iniciativa e incentivo dos gestores para com esse tema. Destacaram ainda as principais atividades que foram desenvolvidas no âmbito da ESF e o que poderia ser feito para haver a melhoria no atendimento. Por se tratar do primeiro nível de atenção, a APS deveria focar também nas ações de promoção da saúde e não ficando restrito às medidas curativas.

Chama-se a atenção para a necessidade do fomento de estratégias capazes de conduzir a formação destes enfermeiros, auxiliando a prática adequada no contexto das RAS.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Redes de produção de saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2009 [cited 2013 May. 31]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humaniza_sus_atencao_basica.pdf
2. Declaração de Alma-Ata. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2001.
3. Costa Neto MMC. A Implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde; 2000 [cited 2013 May. 31]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_n1_p1.pdf
4. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3rd ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2010 [cited 2013 May. 31]. Available from: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_promocao_saude_3ed.pdf
5. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [homepage na internet]. Dados infográficos do município [cited 2013 May. 31]. Available from: <http://cidades.ibge.gov.br/painel/painel.php?codmun=250370>
6. Lefèvre F, Lefèvre AMC. Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social. Brasília: Líber; 2008.
7. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/2012 de 13 de junho de 2013. Aprova as diretrizes e normas

regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União 13 June 2013. Seção 1, p. 59. [cited 2013 May. 31]. Available from: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>

8. Mendes EV. A Rede de atenção à saúde. Belo Horizonte: Escola de Saúde Pública de MG; 2009.

9. Organização Pan-Americana da Saúde. A atenção à saúde coordenada pela APS: construindo as redes de atenção no SUS, contribuições para o debate. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 2011 [cited 2015 Sept 29]. Available from: http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1308159221237APS_Verde_web_final.pdf

10. Organização Pan-Americana da Saúde. Inovação nos sistemas logísticos: resultados do laboratório de inovação sobre redes integradas de atenção à saúde baseadas na APS. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial de Saúde; 2010. [cited 2015 Sept 29]. Available from: http://apsredes.org/site2012/wp-content/.../sistemas_logisticos_azul_new.pdf

11. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Planificação da Atenção Primária à Saúde nos Estados. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2011.

12. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da rede de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010 [cited 2013 Oct 15]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2010/prt4279_30_12_2010.html

13. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. [cited 2015 Sept 29]. Available from: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/.../politica_nacional_atencao_basica_2006

Submissão: 29/11/2014

Aceito: 20/09/2015

Publicado: 01/11/2015

Correspondência

Milena Nunes Alves de Sousa
Rua Severino Soares, S/N
Bairro Maternidade
CEP 58701-380 – Patos (PB), Brasil