

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro Escola de Enfermagem Alfredo Pinto

Anais do VII fórum nacional de mestrados profissionais em enfermagem

RESUMO

Rede de atenção à saúde da pessoa idosa do município de João Pessoa

Anderson Belmont Correia de Oliveira¹; Fabíola Moreira Casimiro de Oliveira²; Joyce Lane Braz Virgolino da Silva³; Kaligia Deininger de Oliveira⁴

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Atenção à Saúde e Envelhecimento.

Introdução: A diversidade brasileira e seus contextos regionais implicam num grande desafio no tocante à atenção à saúde. Superá-los exige uma grande responsabilidade dos gestores, nas tomadas de decisões técnicas, administrativas e políticas, a fim de garantir os recursos e os investimentos essenciais para implantação implementação de uma Rede Atenção à Saúde (RAS) eficiente, eficaz e resolutiva. As RAS são vinculadas entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde - prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população (MENDES, 2009). A

¹ Fisioterapeuta. Diretor de Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de João Pessoa, Paraíba. Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Grupo Internacional de Estudos Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). andersonbelmont_fisio@hotmail.com.

² Enfermeira. Diretora de Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de João Pessoa, Paraíba. Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Grupo Internacional de Estudos Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). fabiolamco@gmail.com.

³ Enfermeira. Diretora de Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de João Pessoa, Paraíba. Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Grupo Internacional de Estudos Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). joyce.lane@hotmail.com.

⁴ Enfermeira. Diretora de Distrito Sanitário da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) do Município de João Pessoa, Paraíba. Brasil. Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Grupo Internacional de Estudos Pesquisa sobre Envelhecimento e Representações Sociais (GIEPERS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). kaligiadeininger@gmail.com.

Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) estabelece como competência dos municípios organizarem o fluxo de usuários, visando à garantia das referências aos serviços e serviços e ações de saúde fora do âmbito da Atenção Básica (BRASIL, 2012).

Objetivos: Apresentar a Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa do município de João Pessoa. **Método:** Trata-se da apresentação da Rede de Atenção à Saúde da Pessoa Idosa de João Pessoa a partir do conhecimento compartilhado entre os alunos, na disciplina Gerenciamento dos Serviços de Saúde para Idosos, no Programa de Mestrado Profissional em Gerontologia do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da Universidade Federal da Paraíba (UFPB), realizado em dezembro de 2016. **Resultados e Discussão:** João Pessoa tem 74.522 idosos, que representam 10,3% do total de 723.515 habitantes (IBGE, 2010). Tem 65 bairros distribuídos em cinco Distritos Sanitários (DS) cuja cobertura da Estratégia Saúde da Família (ESF) é de 88,3%. A RAS constitui-se por serviços municipais (215), credenciados (49) e filantrópicos (09). Dentre os serviços municipais, 197 na Atenção Primária à Saúde (APS), 24 na Atenção Especializada (AE) e 04 na Atenção Hospitalar (AH). A APS constitui-se por 194 equipes de Saúde da Família (eSF) e 03 equipes em expansão, 34 Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), 07 Equipes de Serviço de Atenção Domiciliar (SAD), 03 Academias de Saúde e 04 equipes de Consultório na Rua (CR). As eSF cujas ações são desenvolvidas nas Unidades de Saúde da Família (USF) compreendem o primeiro nível de organização da RAS. Uma equipe de Saúde da Família (eSF) deve ser responsável por no máximo, 4.000 pessoas, sendo a média recomendada de 3.000, respeitando critérios de equidade para essa definição e que para áreas mais vulneráveis é necessário que as equipes se responsabilizem pelo cuidado de uma população ainda menor que o recomendado, aproximando de 2.000 pessoas por equipe (BRASIL, 2013). Segundo Mendes (2009), a APS considera o sujeito em sua singularidade, complexidade, integralidade e inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. Neste contexto, podem-se observar enormes avanços na APS. No entanto, ainda há muitos desafios para tornar-se hegemônica como uma proposta capaz de mudar o sistema de saúde e fazer frente ao modelo fragmentado existente. A desvalorização da APS reflete-se na dificuldade de captação de médicos nas residências de medicina de família, nas dificuldades de muitos atores de deixar de tratar a APS como o “postinho de saúde” e dos usuários de reconhecer que esse espaço é crucial para apoiá-los nos diversos serviços e tecnologias disponíveis nos sistemas de saúde (FERREIRA, 2013). Alguns desafios são apontados por Souza (2011) tais como: a diminuição da rotatividade dos profissionais, a criação de vínculo através de um plano de cargos, carreiras e

salários no SUS, a maior participação social, o cumprimento de carga horária, o avanço na interdisciplinaridade, a inexistência de cadastro único e informatizado de usuários, as dificuldades no referenciamento hospitalar, a grande dependência de serviços secundários, a alocação de recursos conforme as necessidades e a organização de processos de trabalho, qualificação da atenção e da gestão. Há ainda, 05 Unidades Básicas de Saúde (UBS) que assistem à população das áreas descobertas pela ESF. Neste sentido, o NASF se propõe a assessorar os profissionais de saúde da atenção básica através da inclusão de novos núcleos de saberes e novas modalidades de intervenção e cuidado na atenção básica. Espera-se, com a implantação do NASF, concretizar o cuidado integral à população e diminuir os encaminhamentos aos outros níveis de atenção (BRASIL 2011a), que implicam na qualificação da atenção básica à saúde, sendo, portanto, um importante dispositivo de gestão do cuidado na atenção básica. No que concerne a atenção à saúde do idoso, o NASF possibilita aumentar a resolutividade das demandas na APS por meio do matriciamento e ações básicas à saúde (BRASIL, 2014). As equipes NASF são formadas por Nutricionista, Fisioterapeuta, Assistente Social, Educador Físico, Farmacêutico, Psicólogo, Fonoaudiólogo e Terapeuta Ocupacional. O SAD constitui-se uma “modalidade de atenção à saúde substitutiva ou complementar às já existentes, caracterizada por um conjunto de ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças e reabilitação prestadas em domicílio, com garantia de continuidade de cuidados e integrada às RAS” (BRASIL, 2011). Um dos diferenciais das equipes do SAD formada por Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Enfermagem, Psicólogos, Assistentes Sociais, Nutricionista, Fisioterapeutas e Fonoaudiólogos, com relação às demais equipes de saúde da RAS é o fato de que constroem sua relação com o sujeito que necessita de cuidados no domicílio, e não em um estabelecimento de saúde. A atenção domiciliar produz um cuidado ampliado que não se restringe aos aspectos biológicos da doença e para garantir a integralidade e a resolutividade na atenção, a equipe deve articular-se com os outros pontos de atenção da rede e partilhar saberes, com vistas a produzir a “superação de um modelo de produção em saúde centrado em procedimentos e organizado na lógica médico-hegemônica para um trabalho modelado pelo reconhecimento da prática de outros profissionais de saúde” (SILVA et al., 2010). O Consultório na Rua objetiva fortalecer o cuidado em saúde da população em situação de rua (usuário de drogas ou pessoas que vivem em situação de vulnerabilidade social) considerando os diferentes tipos de demandas e necessidades de saúde. O CR dispõe de uma prática clínica de cuidado que percorre a rede ao promover atenção e a inclusão da população em situação de rua. É um serviço transversal que produz tanto uma atenção em relação à especialidade da

saúde mental, como a disposição de práticas da Atenção Básica (Londero; Ceccim; Bilibio, 2014). Trabalha integrado com as eSF e realiza cuidado no local onde está o morador, facilitando a acessibilidade da população para a rede de serviços de saúde e ações intersetorial. Tem sua equipe formada por: Enfermeiro, Assistente Social, Psicólogo, Agente Social. Na perspectiva de ampliar o cuidado na Atenção Básica, o programa Academia da Saúde foi instituído, no âmbito do SUS, por meio da Portaria GM/MS 719, de 07 de abril de 2011 (Brasil, 2011), com o objetivo de contribuir para a promoção da saúde e produção do cuidado, a partir da implantação de polos, com infraestrutura, equipamentos e profissionais qualificados, para a obtenção de modos de vida saudáveis. Existem 03 Academias da Saúde, onde há um dia específico ao idoso, respeitando sua singularidade. Portanto, às terças-feiras uma média de 150 idosos têm aula de ritmos, pilates, treinamento funcional, relaxamento, fisioterapia e orientação nutricional. Na AE, há 01 Centro da Dor (CENDOR), 01 Pronto Atendimento de Saúde Mental (PASM), 01 Centro de Atenção Integral à Saúde do Idoso (CAISI), 01 Centro Regional de Saúde do Trabalhador (CEREST), 01 Centro de Zoonoses, 01 Centro de Referência de Imunização (CRI), 03 Centros de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (CPICS), 01 Clube do Idoso, 01 Centro de Referência de Inclusão para Pessoas com Deficiência, 03 Centros de Atenção Integral à Saúde (CAIS), 04 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS): 02 CAPS, 01 CAPS AD e 01 CAPSi, 01 Unidade de Acolhimento Infantil (UAI), 02 Residências Terapêuticas, 01 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), 01 Laboratório Central do Município (LACEN), 01 Núcleo de IST/AIDS e Hepatites Virais, 01 Centro de Saúde Mandacaru, 01 Unidade das Praias, 01 Laboratório de Baciloscopia, 01 Serviço de Cardiologia. No Pronto Atendimento (PA) temos o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (SAMU), 03 Unidades de Pronto Atendimento em Saúde (UPAS), 04 Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Na AH tem o Instituto Cândida Vargas (ICV), o Hospital Santa Isabel (HSI), o Complexo Hospitalar de Mangabeira (CHMGTB) e Hospital Municipal Infantil de Valentina (HMIV). **Conclusão:** Procurou-se a partir da discussão da Rede de Atenção a Pessoa Idosa socializar os espaços de cuidado em saúde à população idosa existentes em João Pessoa.

Referências

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS n. 719, de 07 de abril de 2011. Institui o programa academia da saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União.

2. _____. Portaria nº 2.355 de 10 de outubro de 2013. Altera a fórmula de cálculo do teto máximo das Equipes de Saúde da Família. Diário Oficial da União, Brasília, 2013.
3. _____. 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). Diário Oficial da União, Brasília, 2011a.
4. _____. Portaria MS/GM nº 2.527 de 27 de outubro de 2011. Redefine a atenção domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, v. 1, n. 208, 28 out. 2011. Seção 1. p. 44.
5. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
6. FERREIRA, JS. Gerenciamento na Atenção Primária à Saúde: potencialidades e desafios vivenciados pelos gestores. Rev. bras. enferm. 2013.
7. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo de 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?codmun=250750> Acesso: 15 abr. 2016.
8. MENDES, E. V. As Redes de Atenção à Saúde. Ciência & Saúde Coletiva. 2009.
9. SILVA, Kênia Lara et al. Atenção domiciliar como mudança do modelo tecnoassistencial. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 1, p. 166-176, 2010.
10. SOUZA, GA. Gestão, planejamento e humanização na atenção primária à saúde. Revista Brasileira de Saúde da Família. 2011.